



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΤΜΗΜΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Θέμα πτυχιακής εργασίας :

«Στάσεις και αντιλήψεις των Ελλήνων φοιτητών Νοσηλευτικής απέναντι στην ευθανασία»



ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : Μαρκάκη Ελευθερία, Νοσηλεύτρια,
Εργαστηριακός Συνεργάτης ΤΕΙ Κρήτης

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ : Ευθυμίου Αίμιλη, ΑΜ:ΥΝ6742

Θεοδωρίδου Πολίνα, ΑΜ:ΥΝ6745

Τσουκαλά Ραφαέλα ,ΑΜ:ΥΝ6736

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2019

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
1. Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ	8
1.1 ΕΚΟΥΣΙΑ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ	11
1.2 ΑΚΟΥΣΙΑ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ	12
1.3 ΜΗ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ.....	14
1.4 ΠΑΘΗΤΙΚΗ ΕΜΜΕΣΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ.....	16
1.5 ΙΑΤΡΟΫΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ.....	19
2. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ	21
2.1. Αυτονομία του ασθενούς.....	22
2.1.1 Η αυτονομία ευνοεί την ευθανασία	22
2.2 Το δικαίωμα στο θάνατο.....	26
2.2.1 Το δικαίωμα στο θάνατο ευνοεί την ευθανασία	26
2.3 Το επιχείρημα της συμπόνιας	29
2.4. Το επιχείρημα της αξιοπρέπειας.....	30
2.5 Εξάλειψη της Πάθησης.....	32
2.5.1 Το επιχείρημα υπέρ της ευθανασίας.....	32
2.5.2 Επιχειρηματολογία κατά της Ευθανασίας	34
2.6. Ποιότητα ζωής.....	35
2.6.1 Το επιχείρημα για την ποιότητα της ζωής ευνοεί την ευθανασία.....	35
2.6.2 Το επιχείρημα της "αγνότητας της ζωής" αντιτίθεται στην ευθανασία.....	36
2.7 Ευθύνη της κοινωνίας.....	37
2.8 Ευθανασία: κοινωνιολογικές προοπτικές	37
3. Στάσεις και αντιλήψεις των φοιτητών νοσηλευτικής απέναντι στην ευθανασία ...	38
3.1 Φοιτητές ιατρικής	39
3.1 Φοιτητές παραϊατρικών επαγγελματιών	52

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	61
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	61
Επεξεργασία και εισαγωγή δεδομένων.	62
Μέθοδοι στατιστικής επεξεργασίας	62
Περιγραφική στατιστική	63
4. Αποτελέσματα.....	64
5. Συζήτηση.....	77
6. Συμπεράσματα	79
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	80
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΕΡΕΥΝΙΣΗΣ ΣΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΝ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΑΠΕΝΑΝΤΗ ΣΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ	87

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ολοκληρώνοντας την παρούσα πτυχιακή εργασία, θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ειλικρινείς μας ευχαριστίες σε όσους βοήθησαν τόσο στα πλαίσια της παρούσας πτυχιακής εργασίας, όσο και κατά τη διάρκεια των σπουδών μας . Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε πρώτα από όλους την Κα. Ελευθερα Μαρκάκη για την ανάθεση και την επίβλεψη της πτυχιακής μας εργασίας καθώς και για την άψογη συνεργασία και καθοδήγηση του σε όλη τη διάρκεια της εκπόνησης αυτής της εργασίας.

Θα θέλαμε επίσης να ευχαριστήσουμε τα μέλη της εξεταστικής επιτροπής, καθώς και όλους τους διδάσκοντες του τμήματος νοσηλευτικής στο ΑΤΕΙ Κρήτης Ηρακλείου για τις γνώσεις που μας παρείχαν όλα αυτά τα χρόνια.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ευθανασία είναι η πρακτική της σκόπιμης λήξης μιας ζωής για την ανακούφιση του πόνου. Υπάρχουν διαφορετικοί νόμοι για την ευθανασία σε κάθε χώρα. Η βρετανική Βουλή των Λόρδων Επιλογής Επιτροπή για την Ιατρική Ηθική ορίζει την ευθανασία ως «μια σκόπιμη παρέμβαση που αναλήφθηκε με τη ρητή πρόθεση να τερματιστεί μια ζωή, ώστε να ανακουφίσει την αδικαιολόγητη ταλαιπωρία». Στις Κάτω Χώρες και το Βέλγιο, η ευθανασία νοείται ως "τερματισμός ζωής από έναν γιατρό κατόπιν αιτήματος ασθενούς". Ωστόσο, ο ολλανδικός νόμος δεν χρησιμοποιεί τον όρο «ευθανασία» αλλά περιλαμβάνει τον ευρύτερο ορισμό της «υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και τερματισμού της ζωής κατόπιν αιτήματος».

Η ευθανασία κατηγοριοποιείται με διάφορους τρόπους, οι οποίοι περιλαμβάνουν :

- εκούσια
- ακούσια
- μη εθελοντική
- παθητική έμμεση
- ιατροϋποβοηθούμενη

Η εθελοντική ευθανασία είναι νόμιμη σε ορισμένες χώρες. Η μη εθελοντική ευθανασία (η συγκατάθεση του ασθενούς δεν είναι διαθέσιμη) είναι παράνομη σε όλες τις χώρες. Η ακούσια ευθανασία (χωρίς να ζητά τη συναίνεση ή τη βούληση του ασθενούς) είναι επίσης παράνομη σε όλες τις χώρες και συνήθως θεωρείται δολοφονία. Από το 2006, η ευθανασία είναι ο πιο ενεργός τομέας της έρευνας στη σύγχρονη βιοηθική. Σε ορισμένες χώρες υπάρχει μια διχαστική δημόσια αντιπαράθεση για τα ηθικά αλλά και τα νομικά ζητήματα της ευθανασίας. Η παθητική ευθανασία (γνωστή ως "τράβηγμα του βύσματος") είναι νόμιμη υπό ορισμένες συνθήκες σε πολλές χώρες. Ωστόσο, η ενεργητική ευθανασία είναι νόμιμη ή de facto νόμιμη μόνο σε λίγες χώρες (π.χ. Βέλγιο, Καναδά, Ελβετία) και περιορίζεται σε συγκεκριμένες περιστάσεις πάντα συνοδευόμενη από την έγκριση συμβούλων και ιατρών ή άλλων ειδικών. Σε ορισμένες χώρες όπως η Νιγηρία, η

Σαουδική Αραβία και το Πακιστάν, η υποστήριξη για ενεργό ευθανασία είναι σχεδόν ανύπαρκτη.

Η ευθανασία εξακολουθεί να βρίσκεται στην ημερήσια διάταξη ως δίλλημα σε όλο τον κόσμο. Για παράδειγμα, υπάρχουν νομοσχέδια στην Αυστραλία και πολλά αμερικανικά κράτη που προτείνουν να επιτρέψουν την ευθανασία με τη βοήθεια των γιατρών (PAS). Πρόσφατα στη Μεγάλη Βρετανία και τον Καναδά, τα υποψήφια νομοσχέδια που προτείνουν υποβοηθούμενη ευθανασία καταψηφίστηκαν.

Προηγούμενες μελέτες σχετικά με την ευθανασία έχουν δείξει μεγάλες αποκλίσεις στις απόψεις των ανθρώπων που σχετίζονται με τις διαφορές στην ηλικία, το επάγγελμα, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις και τη χώρα. Επιπλέον, οι στάσεις μπορούν να αλλάξουν με την πάροδο του χρόνου.

Οι νέοι έχει γενικά αποδειχθεί ότι είναι πιο θετικοί στην ευθανασία απ'ό, τι οι ηλικιωμένοι και ότι το ευρύ κοινό και οι δικηγόροι φαίνεται να προτιμούν περισσότερο την ευθανασία από ότι άνθρωποι του ιατρικού επαγγέλματος. Μεταξύ των ασθενών, υπάρχουν αποτελέσματα που δείχνουν μια θετική στάση απέναντι στην ευθανασία γενικά, ωστόσο, λίγοι ετοιμοθάνατοι ασθενείς εκφράζουν μια προσωπική επιθυμία γι' αυτό. Τα αιτήματά τους για βοήθεια στην ευθανασία συσχετίζονται κυρίως με ψυχολογικούς παράγοντες όπως η κατάθλιψη, η απελπισία, οι κοινωνικοί παράγοντες όπως η κακή κοινωνική υποστήριξη και τα αισθήματα επιβάρυνσης των άλλων και εν τέλει ο φόβος των μελλοντικών φυσικών συμπτωμάτων. Μια μελέτη έδειξε επίσης μια σύνδεση μεταξύ των κλινικών παραγόντων και των επιθυμιών των ασθενών να επιταχύνουν το θάνατο, όπου η προθυμία του γιατρού να βοηθήσει τον ασθενή να επιταχύνει το θάνατο ήταν ένας σημαντικός παράγοντας που πρόβλεπε την πιθανότητα μιας τέτοιας επιθυμίας.

Οι φοιτητές είναι νέοι και αναπτύσσουν σταδιακά μια ταυτότητα ως επαγγελματίες σε όλη την εκπαίδευσή τους. Καθώς οι αξίες αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου, μια νέα γενιά μπορεί να φέρει διαφορετικές απόψεις αλλά μπορεί επίσης να αλλάξει τις απόψεις της όταν αφομοιώνει τη νέα επαγγελματική της ταυτότητα. Προηγούμενες μελέτες σχετικά με τη στάση απέναντι στην ευθανασία μεταξύ φοιτητών ιατρικής έχουν βασιστεί κυρίως σε ποσοτικές μελέτες που διερευνούν τη διανομή / αριθμούς που υποστηρίζουν ή αντιτίθενται στα σταθερά επιχειρήματα σχετικά με την ευθανασία.

Όπως προκύπτει από τη βιβλιογραφική έρευνα καμία μελέτη δεν έχει διερευνήσει τα επιχειρήματα των φοιτητών και τις ενεργητικές σκέψεις που υποστηρίζουν τις απόψεις τους.

Στόχος λοιπόν της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει τις στάσεις και τις αντιλήψεις των Ελλήνων φοιτητών νοσηλευτικής απέναντι στην ευθανασία καθώς και την εκτίμηση των αποτελεσμάτων.

1. Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Η πρώτη φαινομενική χρήση του όρου «ευθανασία» ανήκει στον ιστορικό Σουητόνιο, ο οποίος περιγράφει πώς ο αυτοκράτορας Αύγουστος «πεθαίνοντας γρήγορα και χωρίς να υποφέρει στην αγκαλιά της συζύγου του, τη Λιβία, βίωσε την «ευθανασία που ήθελε». Η λέξη «ευθανασία» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά σε ένα ιατρικό πλαίσιο από τον Francis Bacon τον 17ο αιώνα, για να αναφερθεί σε έναν εύκολο, ανώδυνο, ευτυχισμένο θάνατο, κατά τη διάρκεια του οποίου «η ευθύνη του ήταν του γιατρού να ανακουφίσει τα σωματικά δεινά ». Ο Bacon αναφερόταν σε μια «εξωτερική ευθανασία» - με τον όρο «προς τα έξω» που ξεχωρίζει από μια πνευματική έννοια - την ευθανασία «που αφορά την προετοιμασία της ψυχής».

Στην τρέχουσα χρήση του όρου, η ευθανασία έχει οριστεί ως η «ανώδυνη υποκίνηση ενός γρήγορου θανάτου». Ωστόσο, υποστηρίζεται ότι η προσέγγιση αυτή δεν καταφέρει να ορίσει σωστά την ευθανασία, καθώς αφήνει ανοιχτά μια σειρά από πιθανές ενέργειες που θα πληρούν τις απαιτήσεις του ορισμού, αλλά δεν θα θεωρούνται ευθανασία. Συγκεκριμένα, αυτές περιλαμβάνουν καταστάσεις όπου ένα άτομο σκοτώνει κάποιο άλλο, ανώδυνα, αλλά χωρίς λόγο πέρα από αυτό του προσωπικού κέρδους, ή περιπτώσεις τυχαίων θανάτων που είναι γρήγοροι και ανώδυνοι, αλλά δεν είναι σκόπιμοι (Hamel, 1990).

Μια άλλη προσέγγιση ενσωματώνει την έννοια του πόνου στον ορισμό . Ο ορισμός που προσφέρεται από το λεξικό της Οξφόρδης ενσωματώνει τον πόνο ως απαραίτητη προϋπόθεση, με τον ορισμό να έχει ως έναν «ανώδυνο θάνατο ενός ασθενή που πάσχει από μια ανίατη και οδυνηρή ασθένεια ή από ένα μη αναστρέψιμο κώμα» . Αυτή η προσέγγιση περιλαμβάνεται από τους Marvin Khol και Paul Kurtz στον ορισμό τους ως "τρόπο ή πράξη που προκαλεί ή επιτρέπει τον θάνατο ανώδυνα, ως ανακούφιση από ταλαιπωρία" . Μπορούν να δοθούν αντίθετα δείγματα: οι ορισμοί αυτοί μπορεί να περιλαμβάνουν τη θανάτωση ενός ατόμου που πάσχει από μια ανίατη ασθένεια για προσωπικό κέρδος (όπως να διεκδικήσει κληρονομιά) και οι σχολιαστές όπως ο Tom Beauchamp και ο Arnold Davidson ισχυρίστηκαν ότι κάτι τέτοιο θα αποτελούσε «απλότητα δολοφονίας».

Το τρίτο στοιχείο που ενσωματώνεται σε πολλούς ορισμούς είναι εκείνο της σκοπιμότητας - ο θάνατος πρέπει να προορίζεται, αντί να είναι τυχαίος, και ο σκοπός της ενέργειας πρέπει να είναι ένας «ελεήμων θάνατος» . Ο Michael Wreen ισχυρίστηκε ότι «το κύριο πράγμα που διακρίνει την ευθανασία από την

απροσδόκητη δολοφονία είναι το κίνητρο της: πρέπει να είναι ένα σωστό και δίκαιο . Ομοίως, η Heather Draper μιλάει για τη σημασία του κινήτρου, υποστηρίζοντας ότι "το κίνητρο αποτελεί ένα κρίσιμο μέρος των επιχειρημάτων για την ευθανασία, διότι πρέπει να είναι προς το συμφέρον του ατόμου που πεθαίνει." . Ορισμοί όπως αυτός που προσέφερε η Επιτροπή Επιλογής της Βουλής των Λόρδων ορίζεται ως «μια εσκεμμένη παρέμβαση που αναλήφθηκε με τη ρητή πρόθεση να τερματιστεί μια ζωή, για να ανακουφιστεί η αδικαιολόγητη ταλαιπωρία» (Dworkin, 2011).

Τα θέματα που προβληματίζουν όσον αφορά την απόφαση για ευθανασία είναι ότι η αναγνώριση των δικαιωμάτων των ασθενών να παραιτηθούν από τη θεραπεία διατήρησης της ζωής, ενδεχομένως να έχει ως αποτέλεσμα την μείωση της ποιότητας φροντίδας των ασθενών. Στις Κάτω Χώρες, όπου επιτρέπεται η ευθανασία υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις με τη συμβολή του δικαστηρίου χωρίς να σημαίνει ότι επιτρέπεται από τη νομοθεσία, εκτιμάται ότι το 2% των ασθενών ζητούν την ευθανασία. Συνεπώς η πλειοψηφία των ασθενών θα πρέπει να αντιμετωπιστεί με την ανάλογη περίθαλψη και φροντίδα. Η παραχώρηση της ευθανασίας δεν πρέπει να μειώσει τη δέσμευση και την ανησυχία των ανθρώπων να διατηρήσουν και να βελτιώσουν τη φροντίδα αυτών των ασθενών. Ένας ακόμη ενδεχόμενος κίνδυνος της οποιασδήποτε χαλάρωσης σε θέματα ευθανασίας με την έννοια της παροχής δικαιώματος στους ασθενείς να αποφασίζουν σχετικά με τη διατήρηση τους στη ζωή, αποτελεί η ανησυχία σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο η εξουσία λήψης μέτρων για τη λήξη της ζωής μπορεί να καταστραφεί, να καταχραστεί ή να επεκταθεί λανθασμένα. Οι περισσότεροι συμφωνούν, ωστόσο, ότι η αυξανόμενη συμμετοχή των δικαστηρίων στις αποφάσεις αυτές θα ήταν ανεπιθύμητη, καθώς θα καθιστούσε δύσκολες τις σωστές αποφάσεις χωρίς επαρκή αντισταθμιστικά οφέλη. Δεν θα γίνει δεκτό χωρίς διασφαλίσεις που θα καθησυχάζουν το κοινό σχετικά με την κατάχρηση και εάν η συζήτηση αυτή δείχνει την ανάγκη για παρόμοιες διασφαλίσεις για κάποιες αποφάσεις θεραπείας που υποστηρίζουν τη ζωή, θα πρέπει να υιοθετηθούν και εκεί (Brock, n.d.).

Από τον 19ο αιώνα, η ευθανασία έχει προκαλέσει πολλές συζητήσεις και ακτιβιστικά κινήματα στην Ευρώπη και την Αμερική. Σύμφωνα με τον ιατρικό ιστορικό Ιεζεκιήλ Εμανουήλ, ήταν η διαθεσιμότητα αναισθησίας που εισήγαγε τη σύγχρονη εποχή της ευθανασίας. Το 1828, ο πρώτος γνωστός νόμος κατά της ευθανασίας στις Ηνωμένες Πολιτείες πέρασε στην πολιτεία της Νέας Υόρκης, ενώ πολλές άλλες κοινότητες και πολιτείες ακολούθησαν επί σειρά ετών. Μετά τον

εμφύλιο πόλεμο προωθήθηκε η εθελοντική ευθανασία από κάποιους δικηγόρους αλλά και από μερικούς γιατρούς. Η υποστήριξη κορυφώθηκε στις αρχές του 20ού αιώνα στις ΗΠΑ και στη συνέχεια αυξήθηκε και πάλι τη δεκαετία του 1930.

Η λήψη αποφάσεων για το θέμα της ευθανασίας, βρίσκεται στο επίκεντρο των συζητήσεων σχετικά με ζητήματα βιοηθικής για αρκετές δεκαετίες. Διάφορα πολιτιστικά υπόβαθρα και θρησκευτικά δόγματα έχουν παρουσιάσει τις θέσεις τους, αποκαλύπτοντας μια μεγάλη ποικιλία απόψεων. Σε αυτό το πλαίσιο, έχει προταθεί ότι, στο πνεύμα της πολιτισμικά ευαίσθητης ιατρικής περίθαλψης, κάθε ομάδα πρέπει να έχει το δικαίωμα να αντιμετωπίζεται σύμφωνα με τις αντίστοιχες κοσμοθεωρίες και συστήματα αξιών. Ωστόσο, μόλις βγούμε πέρα από τις ιδιαίτερες πολιτιστικές μας κοινότητες και εισέλθουμε στη δημόσια και πολιτική σφαίρα, φαίνεται ότι δεν υπάρχει συναινετική βάση για τη διατύπωση γενικά δεσμευτικών νομικών κανονισμών. Παρόμοια κατάσταση συμβαίνει και σε διεθνές επίπεδο: Ακόμη και οι σύγχρονες φιλελεύθερες δημοκρατίες που προσφέρουν υψηλά πρότυπα ιατρικής τεχνολογίας και φροντίδας για ευθανασία, δείχνουν ταυτόχρονα σημαντικές διαφωνίες όσον αφορά τον δημόσιο διάλογο και τη νομική ρύθμιση της λήψης αποφάσεων σχετικά με το θέμα της ευθανασίας. Στις ΗΠΑ, τα ερωτήματα σχετικά με την ευθανασία, αποτελούν μέρος των πολιτικών πολέμων μεταξύ των φιλελεύθερων ομάδων υπέρ της επιλογής και κυρίως των χριστιανικών ομάδων. Αρκετά ομοσπονδιακά κράτη εφάρμοσαν νομικούς κανονισμούς σχετικά με το δικαίωμα να πεθάνουν και τις προϋποθέσεις για τη διακοπή της θεραπείας για παράταση της διάρκειας ζωής και την ευθανασία. Το θέμα συζητήθηκε συχνά σχετικά με τα εγκλήματα των γιατρών κατά τη διάρκεια της ναζιστικής εποχής. Οι θρησκευτικές ομάδες διαδραμάτισαν επίσης σημαντικό ρόλο στη συζήτηση, ιδίως στην Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία και οι Προτεσταντικές Εκκλησίες με την άποψη ότι η ευθανασία πρέπει να απαγορευθεί νόμιμα, αλλά να υπάρχει αποδοχή της διακοπής ιατρικής περίθαλψης μετά από επιθυμία του ασθενούς (Howarth & Jefferys, 1996).

Σε ένα άρθρο στο Δελτίο της Ιστορίας της Ιατρικής, ο ιστορικός Jacob M. Appel, τεκμηρίωσε μία εκτενή πολιτική συζήτηση σχετικά με τη νομοθεσία για να νομιμοποιήσει την αυτοκτονία υποβοηθούμενη από ιατρό τόσο στην Αϊόβα όσο και στο Οχάιο το 1906. Ο Appel υποδεικνύει ότι η κοινωνική ακτιβίστρια Anna S. Hall ήταν η κινητήρια δύναμη πίσω από το κίνημα που υποστήριζε την εφαρμογή της

ευθανασίας. Σύμφωνα με τον ιστορικό Ian Dowbiggin, κορυφαίοι δημότες, όπως ο Clarence Darrow και ο Jack London, υποστήριζαν τη νομιμοποίηση της ευθανασίας.

Το 1937, η ευθανασία ιατρικώς υποβοηθούμενη κηρύχθηκε νόμιμη στην Ελβετία, εφόσον ο γιατρός που την εκτελεί δεν έχει κάποιο προσωπικό όφελος. Κατά τη διάρκεια της ίδιας εποχής, τα αμερικανικά δικαστήρια αντιμετώπισαν υποθέσεις που αφορούσαν ασθενείς οι οποίοι ζητούσαν βοήθεια από τον θεράποντα γιατρό τους (Rachels, 1987).

1.1 ΕΚΟΥΣΙΑ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Η εκούσια ευθανασία διεξάγεται με τη συγκατάθεση του ασθενούς. Η ενεργή εκούσια ευθανασία είναι νόμιμη στο Βέλγιο, το Λουξεμβούργο και τις Κάτω Χώρες. Η παθητική εθελοντική ευθανασία είναι νόμιμη σε όλες τις ΗΠΑ ύστερα από την υπόθεση Cruzan κατά του Υπουργείου Υγείας του Missouri. Όταν ο ασθενής πεθαίνει με τη βοήθεια ενός γιατρού, χρησιμοποιείται συχνά ο όρος βοηθητική αυτοκτονία. Η υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι νόμιμη στην Ελβετία και στις πολιτείες των ΗΠΑ της Καλιφόρνια, του Όρεγκον, της Ουάσινγκτον, της Μοντάνα και του Βερμόντ (Miller & Harvath, 2004).

Η υπόθεση Cruzan εναντίον του υπουργείου Υγείας του Μισσούρι, 497 U.S. 261 (1990), ήταν μία υπόθεσης ορόσημο του Ανώτατου Δικαστηρίου των Ηνωμένων Πολιτειών που αφορούσε νεαρό ενήλικα. Σε μια απόφαση 5-4, το Δικαστήριο επιβεβαίωσε την προηγούμενη απόφαση του Ανώτατου Δικαστηρίου του Μισσούρι και αποφάνθηκε υπέρ του κράτους του Μισσούρι, θεωρώντας αποδεκτό να απαιτούνται «σαφείς και πειστικές αποδείξεις» για τις επιθυμίες ενός ασθενούς για απομάκρυνση της υποστήριξης της ζωής. Σημαντικό αποτέλεσμα της υπόθεσης ήταν η δημιουργία εκ των προτέρων οδηγιών για την υγεία.

Στις 11 Ιανουαρίου 1983, η 25χρονη Nancy Cruzan (20 Ιουλίου 1957 - 26 Δεκεμβρίου 1990) έχασε τον έλεγχο του αυτοκινήτου της κατά τη διάρκεια της νύχτας κοντά στην Καρχηδόνα του Μισσούρι. Εκτοξεύτηκε από το όχημα και προσγειώθηκε με πρόσωπο με τα πόδια σε ένα χαντάκι. Το παραϊατρικό προσωπικό τη βρήκε χωρίς ζωτικές ενδείξεις, αλλά την επανέφεραν. Μετά από τρεις εβδομάδες σε κώμα, διαγνώστηκε ότι ήταν σε μόνιμη κατάσταση κώματος. Οι

χειρουργοί έβαλαν ένα σωλήνα τροφοδοσίας για τη μακροχρόνια φροντίδα της (<https://www.oyez.org/cases/1989/88-1503>).

Το 1988, οι γονείς της Cruzan ζήτησαν από τους γιατρούς της να αφαιρέσουν το σωληνάκι τροφοδοσίας. Το νοσοκομείο αρνήθηκε να το κάνει χωρίς δικαστική εντολή, αφού η αφαίρεση του σωλήνα θα προκαλούσε το θάνατο του Cruzan. Οι Cruzans κατέθεσαν και έλαβαν δικαστική απόφαση για την αφαίρεση του σωλήνα σίτισης. Το δικαστήριο έκρινε ότι συνταγματικά, υπάρχει ένα «θεμελιώδες φυσικό δικαίωμα ... να αρνείται ή να κατευθύνει την παρακράτηση ή την απόσυρση τεχνητού θανάτου που παρατείνει τις διαδικασίες όταν το άτομο δεν έχει πλέον γνωστική λειτουργία του εγκεφάλου ... και δεν υπάρχει ελπίδα για περαιτέρω ανάκαμψη. Το δικαστήριο έκρινε ότι η Nancy είχε «κατευθύνει» ουσιαστικά την απόσυρση της υποστήριξης της ζωής, λέγοντας σε έναν φίλο νωρίτερα εκείνο το έτος ότι εάν ήταν άρρωστη ή τραυματισμένη, «δεν θα ήθελε να συνεχίσει τη ζωή της αν δεν μπορούσε να ζήσει τουλάχιστον στα μισά του δρόμου κανονικά».

Η πολιτεία του Μισσούρι άσκησε αμφισβήτηση σε αυτή την απόφαση. Με απόφαση 4-3, το Ανώτατο Δικαστήριο του Μισσούρι αντέστρεψε την απόφαση του δικαστηρίου. Αποφάνθηκε ότι κανένας δεν μπορεί να αρνηθεί τη θεραπεία για ένα άλλο άτομο, αν δεν υπάρχει επαρκής διαβίωση "ή τα σαφή και πειστικά, εγγενώς αξιόπιστα στοιχεία που λείπουν εδώ." Οι Cruzans άσκησαν έφεση και το 1989 το Ανώτατο Δικαστήριο των Ηνωμένων Πολιτειών συμφώνησε στην ακρόαση της υπόθεσης. Με πλειοψηφία του δικαστή Rehnquist, το Δικαστήριο αποφάνθηκε ότι τα αρμόδια άτομα έχουν το δικαίωμα να αρνηθούν ιατρική περίθαλψη σύμφωνα με τη ρήτρα περί δίκαιης διαδικασίας (Zelaya, 2004).

1.2 ΑΚΟΥΣΙΑ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Η ακούσια ευθανασία συμβαίνει όταν η ευθανασία εκτελείται σε άτομο που θα μπορούσε να παράσχει συγκατάθεση, είτε γιατί δεν θέλει να πεθάνει ή γιατί δεν κλήθηκε.

Η ακούσια ευθανασία αντιπαραβάλλεται με την εθελοντική ευθανασία (ευθανασία που εκτελείται με τη συγκατάθεση του ασθενούς) και την μη εθελοντική ευθανασία (όταν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να δώσει συνειδητή συναίνεση, για παράδειγμα όταν ο ασθενής είναι κώμα ή παιδί). Η ακούσια ευθανασία αντιτίθεται

ευρέως και θεωρείται έγκλημα σε όλες τις νομικές δικαιοδοσίες. Η αναφορά σε αυτή ή ο φόβος γι 'αυτή χρησιμοποιείται μερικές φορές ως λόγος να μην αλλάζουν οι νόμοι που σχετίζονται με άλλες μορφές ευθανασίας.

Ο Αδόλφος Χίτλερ θέσπισε το πρόγραμμα Aktion T4 τον Οκτώβριο του 1939 για να σκοτώσει «ανήμπορους άρρωστους, σωματικά ή διανοητικά, συναισθηματικά αποσταθεροποιημένους και ηλικιωμένους». Το πρόγραμμα Aktion T4 σχεδιάστηκε επίσης για να σκοτώσει όσους θεωρήθηκαν "κατώτεροι και απειλητικοί για την ευημερία της Αρίας φυλής". Το πρόγραμμα αυτό σχεδιάστηκε επίσης ως μέρος ενός ευρύτερου προγράμματος "τελικής ευγονικής λύσης".

Μέσα σε λίγους μήνες από τη θέσπιση του προγράμματος, οι Ναζί επέκτειναν τον ορισμό του για το ποιος θα μπορούσε να θανατωθεί για να συμπεριλάβει όσους είχαν κάποια συγκεκριμένη εθνικότητα και τάξη. Είχαν δημιουργηθεί έξι κέντρα θανάτωσης για το T4, ένα από τα πιο αξιοσημείωτα είναι το Κέντρο Ευθανασίας Hadamar. Σε αυτά τα κέντρα, άνθρωποι που θεωρούνται άτομα με ειδικές ανάγκες ή "ακατάλληλα" από "ιατρικούς εμπειρογνώμονες" θανατώθηκαν.



Εικόνα 1. Θάλαμος αερίων στο Κέντρο Ευθανασίας Hadamar

Για παράδειγμα, οι θάλαμοι αερίων ήταν μεταμφιεσμένοι για να μοιάζουν με ντους. Συχνά σε αυτά τα κέντρα, τα θύματα δολοφονήθηκαν μαζικά σε θαλάμους αερίων χρησιμοποιώντας μονοξείδιο του άνθρακα. Η σχολαστική έρευνα που διεξήγαγαν οι Ναζί για τα θύματα, χρησιμοποιήθηκε ως πρωτότυπο για στρατόπεδα εξόντωσης όπως το Άουσβιτς και η Τρεμπλίνκα αργότερα στον πόλεμο. Περίπου 200.000 άνθρωποι δολοφονήθηκαν στα έξι χρόνια του προγράμματος T4 . Τα ιδρύματα της «ευθανασίας» του T4 έκλεισαν το 1945 από συμμαχικά στρατεύματα (Burleigh, 1995).

1.3 ΜΗ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Η μη εκούσια ευθανασία πραγματοποιείται όταν η ρητή συγκατάθεση του συγκεκριμένου ατόμου δεν είναι διαθέσιμη, όπως όταν το άτομο βρίσκεται σε μόνιμη κατάσταση κώματος ή στην περίπτωση μικρών παιδιών . Έρχεται σε αντίθεση με την ακούσια ευθανασία, όταν η ευθανασία δηλαδή εκτελείται ενάντια στη βούληση του ασθενούς.

Οι διαφορετικές πιθανές καταστάσεις που θεωρούνται μη εθελοντική ευθανασία είναι όταν η απόφαση για τον τερματισμό της ζωής του ασθενούς είναι

- 1) με βάση το τι θα ήθελε το ανίκανο άτομο, αν μπορούσε να του ζητηθεί
- 2) με βάση το τι θα ήθελε ο υπεύθυνος λήψης αποφάσεων εάν ή ήταν στην θέση του ασθενούς
- 3) από ιατρό με βάση τα δικά του κριτήρια και τη συλλογιστική του.

Η επιτρεπόμενη ευθανασία στις Κάτω Χώρες ρυθμίζεται από το νόμο από το 2002. Δηλώνει ότι η ευθανασία και η αυτοκτονία που υποβοηθείται από ιατρούς δεν τιμωρούνται εάν ο θεράπων ιατρός ενεργεί σύμφωνα με τα κριτήρια της δέουσας φροντίδας . Πριν από τη θέσπιση αυτού του νόμου, η ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία στις Κάτω Χώρες είχαν ήδη γίνει ανεκτές εδώ και πολλά χρόνια, όπως για παράδειγμα περιγράφονται από τους G. van der Wal και RJ Dillmann το 1994. Σε μία μελέτη του 1994, στις Κάτω Χώρες, σε περίπου 1000 περιπτώσεις, οι γιατροί συνταγογραφούσαν φάρμακα με σαφή στόχο τη συντόμευση της ζωής του ασθενούς χωρίς το ρητό αίτημα του ασθενούς, το οποίο μπορεί να θεωρηθεί ως περίπτωση μη εκούσιας ευθανασίας (Jochemsen, 1999).

Από το 2004, οι Κάτω Χώρες έχουν επίσης ένα πρωτόκολλο που πρέπει να ακολουθείται σε περιπτώσεις ευθανασίας σε παιδιά κάτω των 12 ετών, το οποίο επικυρώθηκε από την Ολλανδική Εθνική Ένωση Παιδίατρων, αν και η πρακτική παραμένει τεχνικά παράνομη. Μαζί με τους συναδέλφους και τους εισαγγελείς, ο Eduard Verhagen ανέπτυξε το πρωτόκολλο του Groningen, όπου οι εισαγγελείς αποφεύγουν να ασκήσουν πιέσεις.

Το πρωτόκολλο, που καταρτίστηκε μετά από εκτεταμένες διαβουλεύσεις μεταξύ ιατρών, δικηγόρων, γονέων και εισαγγελέων, προσφέρει διαδικασίες και

κατευθυντήριες γραμμές για την επίτευξη της σωστής απόφασης και απόδοσης. Η τελική απόφαση για την "ενεργό λήξη της ζωής σε βρέφη" δεν είναι στα χέρια των γιατρών αλλά στον γονιό, με τους γιατρούς και τους κοινωνικούς λειτουργούς να συμφωνούν σε αυτό. Τα κριτήρια είναι, μεταξύ άλλων, "αφόρητη ταλαιπωρία" και "αναμενόμενη ποιότητα ζωής". Μόνο οι γονείς μπορούν να ξεκινήσουν τη διαδικασία. Η διαδικασία αναφέρεται ότι λειτουργεί καλά (Manninen, 2006).

Για τον εισαγγελέα των Κάτω Χωρών, η λήξη της ζωής ενός παιδιού (ηλικίας κάτω του 1 έτους) είναι αποδεκτή εάν πληρούνται σωστά τέσσερις προϋποθέσεις:

- Η παρουσία απελπισμένου και αφόρητου πόνου.
- Η συγκατάθεση των γονέων για τερματισμό της ζωής.
- Έχει πραγματοποιηθεί ιατρική διαβούλευση.
- Προσεκτική εκτέλεση του τερματισμού.

Οι γιατροί που τερματίζουν τη ζωή ενός μωρού πρέπει να αναφέρουν τον θάνατο στον τοπικό ιατρικό εξεταστή, ο οποίος με τη σειρά του το αναφέρει τόσο στον πληρεξούσιο της περιφέρειας όσο και σε μια επιτροπή αναθεώρησης. Η διαδικασία διαφέρει από την άποψη του μαύρου νόμου που διέπει την εθελοντική ευθανασία. Εκεί, ο ιατρικός εξεταστής στέλνει την αναφορά μόνο στην περιφερειακή επιτροπή αναθεώρησης, η οποία προειδοποιεί τον πληρεξούσιο της περιοχής μόνο εάν κρίνει ότι ο γιατρός ενήργησε εσφαλμένα (Verhagen, 2005).



Εικόνα 2. Περίπτωση σοβαρού υδροκέφαλου. Τα εν λόγω βρέφη μπορούν να υποβληθούν σε μη εκούσια ευθανασία στις Κάτω Χώρες, εάν οι γονείς και οι γιατροί αποφασίσουν ότι είναι η καλύτερη επιλογή για το παιδί. Σε άλλες χώρες, οι εμπλεκόμενοι γιατροί μπορούν να διωχθούν.

Η ενεργητική ευθανασία στα νεογέννητα είναι παράνομη σε όλο τον κόσμο, με την de facto εξαίρεση των Κάτω Χωρών που αναφέρθηκε παραπάνω. Επειδή ένα νεογέννητο παιδί δεν είναι ποτέ σε θέση να μιλήσει για τον εαυτό του, η ευθανασία στα νεογνά είναι εξ ορισμού μη εθελοντική. Ένα πρώιμο παράδειγμα τεκμηριωμένων κρουσμάτων παιδικής ευθανασίας είναι εκείνα που διεξήγαγε ο χειρουργός Harry J. Haiselden στο Σικάγο στις αρχές του 20ου αιώνα.

1.4 ΠΑΘΗΤΙΚΗ ΕΜΜΕΣΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Στη βιβλιογραφία σχετικά με την ευθανασία, υπήρξε μια ευρέως αποδεκτή ταξινόμηση ευθανασίας που περιλαμβάνει δύο βασικές διακρίσεις. Πρώτον, υπάρχει η διάκριση της Rachels μεταξύ της ευθανασίας που εκτελείται με τον άμεσο θάνατο του ασθενούς (ενεργή ευθανασία) και της ευθανασίας που πραγματοποιείται παραλείποντας την ενδεχόμενη παράταση στη ζωή του ασθενούς (παθητική ευθανασία).

Γενικά, αυτή η κατηγοριοποίηση είναι χρήσιμη, καθώς αποκαλύπτει τη δυνατότητα εξεύρεσης ορισμένων τύπων ευθανασίας λιγότερο ηθικά αποδεκτών από άλλους. Έτσι, αν και φυσικά η ταξινόμηση αυτή καθεαυτή δεν μπορεί να απαντήσει σε οποιαδήποτε ηθικά ζητήματα, φαίνεται να παρέχει ένα χρήσιμο πλαίσιο μέσα στο οποίο οι κοινωνικοί θεσμοί διαβουλεύονται το φλέγον ζήτημα της ευθανασίας. Τα τελευταία χρόνια, ωστόσο, αυτή η τυποποιημένη κατηγοριοποίηση και ειδικότερα η ιδέα της παθητικής ευθανασίας έχουν υποστεί επιθέσεις από διάφορες αξιολογικές πηγές. Για παράδειγμα, η Επιτροπή Επιλογής της Ιατρικής Δεοντολογίας της Βουλής των Λόρδων περιγράφει ως «παραπλανητικό» τον όρο «παθητική ευθανασία» και η βρετανική ιατρική ένωση καλεί τις εκφράσεις «ενεργητική» και «παθητική» ευθανασία «διφορούμενες και μη χρήσιμες».

Αυτή η επίθεση στην ίδια την ιδέα της παθητικής ευθανασίας εκφράζεται με ιδιαίτερα ξεκάθαρο και σαφή τρόπο από μια «ομάδα ηθικής δεοντολογίας» που καθιερώθηκε από τον Ευρωπαϊκό Σύνδεσμο Παρηγορητικής Φροντίδας (EAPC) τον Φεβρουάριο του 2001. Η ομάδα (Task Force) του EAPC απορρίπτει την τυποποιημένη ταξινόμηση με δύο τρόπους. Πρώτον, υποστηρίζει ότι η διάκριση μεταξύ ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας είναι κατά κάποιο τρόπο ακατάλληλη: η ευθανασία είναι εξ ορισμού ενεργή και συνεπώς η «παθητική» ευθανασία είναι μια αντίφαση στους όρους - με άλλα λόγια, δεν μπορεί να υπάρξει τέτοιο πράγμα».

Δεύτερον, ισχυρίζεται ότι δεν μπορεί να υπάρξει κάτι τέτοιο όπως η μη οικειοθελής ή ακούσια ευθανασία, δεδομένου ότι «η θανάτωση ενός ατόμου χωρίς τη συγκατάθεση του ατόμου ... δεν είναι ευθανασία: είναι δολοφονία». Επομένως, η "μη προαιρετική ευθανασία" είναι και μια αντίφαση.

Όπως όλες οι μορφές ευθανασίας, έτσι και η παθητική περιλαμβάνει την πρόθεση να επιταχύνει το θάνατο με κύριο στόχο τα συμφέροντα του ασθενούς (λόγω της αναμενόμενης αρνητικής ποιότητας ζωής του). Αυτό που λαμβάνεται υπ' όψιν κατά κανόνα είναι ότι η παθητική ευθανασία περιλαμβάνει την απόσυρση ή παρακράτηση της ιατρικής θεραπείας που παρατείνει τη ζωή. Έτσι υπάρχουν (τουλάχιστον) τρεις απαραίτητες προϋποθέσεις για την εμφάνιση παθητικής ευθανασίας:

1. υπάρχει μια απόσυρση ή παρακράτηση της θεραπείας που παρατείνει τη ζωή
2. ο κύριος σκοπός (ή ένας από τους κύριους σκοπούς) αυτής της ανάκλησης ή παρακράτησης είναι να επιφέρει (ή να «επιταχύνει») τον θάνατο του ασθενούς

3. ο λόγος για τον "γρήγορο" θάνατο είναι ότι είναι προς το καλύτερο συμφέρον του ασθενούς.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι δεν είναι όλες οι περιπτώσεις απόσυρσης ή παρακράτησης της θεραπείας που επιμηκύνουν τη ζωή είναι περιπτώσεις παθητικής ευθανασίας. Οι λόγοι για παθητική ευθανασία είναι, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, τα συμφέροντα των ασθενών, όπου η αναμενόμενη ποιότητα ζωής τους είναι τόσο φτωχή ώστε η ζωή τους θα είναι χειρότερη από το θάνατο. Υπάρχουν όμως πολλοί άλλοι λόγοι για την απόσυρση ή παρακράτηση της θεραπείας. Πρώτον, η θεραπεία μπορεί απλώς να είναι μάταιη και ως εκ τούτου αδύνατον να ωφελήσει τον ασθενή. Δεύτερον, η θεραπεία μπορεί να μην είναι οικονομικά αποδοτική. Το αν μπορεί να δικαιολογηθεί η άρνηση αντιμετώπισης για λόγους αναποτελεσματικότητας του κόστους δεν συνιστά παθητική ευθανασία, δεδομένου ότι δεν πληρεί τον τρίτο όρο (ο οποίος ισχύει για οποιαδήποτε μορφή ευθανασίας), δηλαδή ότι ο θάνατος επιταχύνεται στον ασθενή συμφέροντα. Τρίτον, η θεραπεία μπορεί να παρακρατηθεί ή να αποσυρθεί επειδή είναι υπερβολικά επαχθής ή επιβλαβής. Αυτό δεν ισοδυναμεί με παθητική ευθανασία επειδή παραβιάζει τον δεύτερο όρο : ότι η πρόθεση του φροντιστή δεν είναι να επιφέρει θάνατο, αλλά να προστατεύσει τον ασθενή.

Σε τέτοιες περιπτώσεις, η πρόθεση του επαγγελματία υγείας να προκαλέσει θάνατο μπορεί να αποδειχθεί με τη χρήση της ακόλουθης δοκιμασίας: Εάν ο ασθενής δεν πεθάνει, ο υγειονομικός υπάλληλος πέτυχε τον στόχο του; Στην περίπτωση της παθητικής ευθανασίας, η απάντηση θα είναι "όχι" επειδή ο γιατρός είχε ως στόχο τον θάνατο του ασθενούς.

Ένας τέταρτος πιθανός λόγος για την απόσυρση ή παρακράτηση της θεραπείας είναι ότι ο ασθενής έχει αρνηθεί τη συγκεκριμένη θεραπεία. Κάθε αρμόδιος ενήλικας ασθενής έχει το δικαίωμα να το πράξει και ένας επαγγελματίας του τομέα της υγείας που συμμορφώνεται με την άρνηση αυτή δεν συνιστά παθητική ευθανασία. Ακόμη και αν ο αρνούμενος ασθενής σκοπεύει να επιταχύνει το θάνατό του, τότε ο επαγγελματίας στον τομέα της υγείας συμμερίζεται την πρόθεσή του. Ο στόχος του υγειονομικού φροντιστή μπορεί να είναι μόνο ότι σέβεται τις επιθυμίες και την αυτονομία ενός αρμόδιου ασθενούς, δεν χρειάζεται να μοιράζονται καθόλου τις προθέσεις του θανάτου του ασθενούς και πάλι μπορεί να είναι πολύ ευτυχής εάν ο ασθενής επιβιώσει παρά την άρνηση θεραπείας (Verhagen, 2005).

1.5 ΙΑΤΡΟΪΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Η ιατροϋποβοηθούμενη ευθανασία (PAD), αποτελεί πρακτική σύμφωνα με την οποία ο γιατρός παρέχει ένα δυνητικά θανατηφόρο φάρμακο σε έναν τελικώς άρρωστο ασθενή. Η συγκεκριμένη πρακτική εφαρμόζεται μετά από αίτημά του ασθενή που υποφέρει και επιθυμεί να τερματίσει τη ζωή του.

Το ζήτημα του κατά πόσο οι σοβαρά ασθενείς χρήζουν από τη βοήθεια ενός γιατρού για να σταματήσουν τα βάσανα τους, θέτοντας τέλος στη ζωή τους, συζητήθηκε από την αρχαιότητα. Ο Ιπποκράτειος όρκος πρότεινε ότι αυτό ήταν έξω από τις επαγγελματικές ευθύνες του γιατρού, αλλά ακόμη και εκείνη τη στιγμή υπήρξε σημαντική διαφωνία. Στη σύγχρονη εποχή, υπάρχουν συνεπείς ενδείξεις μυστικής πρακτικής της PAD στις δυτικές χώρες όπου απαγορεύεται. Αυτή η μυστική πρακτική χαρακτηρίστηκε από τη δεκαετία του 1990, όταν ο Jack Keenorkian βοήθησε στο θάνατο περίπου 150 ασθενών. Παρόλο που έχασε την επαγγελματική του άδεια (ήταν παθολόγος), δεν διώχθηκε μέχρι να παράσχει ενεργή ευθανασία μετά από αίτημα του ασθενούς και στη συνέχεια φυλακίστηκε για πάνω από οκτώ χρόνια.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, οι περισσότερες πολιτείες έχουν απαγορεύσει την PAD είτε με ειδικές νομικές διατάξεις είτε με δικαστική εφαρμογή γενικότερων καταστατικών διατάξεων. Έχουν γίνει προσπάθειες αλλαγής του νόμου με διάφορες μεθόδους:

- Ομοσπονδιακές νομικές αμφισβητήσεις σχετικά με τη συνταγματικότητα των απαγορεύσεων, περιλαμβανομένων δύο υποθέσεων του Ανώτατου Δικαστηρίου που ακούστηκαν μαζί (Washington v. Glucksberg και Quill κατά Vacco). Παρόλο που το Ανώτατο Δικαστήριο των ΗΠΑ δεν βρήκε συνταγματικό δικαίωμα στην PAD.
- Δημόσια δημοψηφίσματα: ενώ αρκετές προκλήσεις για απαγορεύσεις στη PAD απέτυχαν, οι νομοθετικές πράξεις Death with Dignity ψηφίστηκαν στο Όρεγκον το 1995 και στην πολιτεία της Ουάσινγκτον το 2008. Και οι δύο νόμοι επέζησαν σε διάφορες νομικές προκλήσεις.
- Νομοθετική δράση: το Βερμόντ (2013), η Καλιφόρνια (2015), το Κολοράντο (2016), η Κολομβία (2017) και η Χαβάη (2018) ψήφισαν νόμους που νομιμοποιούν την PAD μέσω τυποποιημένων νομοθετικών πρωτοβουλιών.

Οι κρατικές συνταγματικές προκλήσεις λειτουργούν μέσω πολλών δικαστικών συστημάτων του κράτους, αλλά κανένας δεν κατάφερε να επιτύχει τη νομιμοποίηση.

2. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Για πολλές δεκαετίες η συζήτηση για την ευθανασία είναι ιδιαίτερα αμφισβητήσιμη στις σύγχρονες κοινωνίες. Πράγματι, στη βορειοευρωπαϊκή παράδοση, καθώς και στις χώρες αγγλοαμερικανικής επιρροής, η ευθανασία, ή η αυτοκτονία με τη βοήθεια του ιατρού και άλλες αποφάσεις λήξης ζωής αποτελούν σημαντική πηγή κοινωνικών συζητήσεων. Είναι γνωστό ότι σε πολλές περιπτώσεις, η λήψη ιατρικών αποφάσεων συχνά συμβάλλει στην επιτάχυνση του θανάτου ενός συγκεκριμένου ασθενούς και διαφορετικές κοινωνίες έχουν διαφορετικές αντιλήψεις όσον αφορά τον ειδικό ρόλο των επαγγελματιών υγείας σε αυτό το πλαίσιο. Επιπλέον, ο θάνατος συνήθως συμβαίνει στο νοσοκομείο, μακριά από την οικογένεια και τους φίλους, σε ένα περιβάλλον πιο επιρρεπές στη μοναξιά και την εγκατάλειψη.

Η άνοδος του φιλοσοφικού κινήματος τη δεκαετία του εξήντα και, πιο πρόσφατα, η παρηγορητική φροντίδα ως νέα φιλοσοφική και πρακτική προσέγγιση για το θάνατο, αποτελεί επίσης ένδειξη ότι το θέμα αυτό πρέπει να αντιμετωπιστεί σωστά ως μια σημαντική πολιτιστική μετάβαση. Πράγματι, όπως πρότεινε ο John Keown στο βιβλίο του Ευθανασία, Ηθική και Δημόσια Πολιτική "εάν ο νόμος πρέπει να επιτρέψει την εθελοντική ευθανασία ή την αυτοκτονία με τη βοήθεια του γιατρού είναι ένα από τα πιο ζωτικά ερωτήματα που αντιμετωπίζουν όλες οι σύγχρονες κοινωνίες" (Cuman, 2017).

Έχουν γίνει πολλές προσπάθειες να νομιμοποιηθεί η ευθανασία στον δυτικό κόσμο, αλλά μόνο λίγοι πέτυχαν. Υπάρχουν πολλοί καλοί λόγοι για τους οποίους η ευθανασία πρέπει ή δεν πρέπει να νομιμοποιηθεί. Παραδοσιακά, στις περισσότερες χώρες με χριστιανική παράδοση, η ευθανασία και η αυτοκαταστροφική ιατρική ήταν μια ηθικά καταδικασμένη πρακτική λόγω της ιερότητας της ανθρώπινης ζωής. Ωστόσο, η εμφάνιση κοσμικών πλουραλιστικών κοινωνιών έδωσε διαφορετική σημασία στην έννοια της προσωπικής αυτονομίας και το δικαίωμα στην αυτοδιάθεση είναι μια προοδευτικά αναγνωρισμένη αξία των σύγχρονων κοινωνιών. Επομένως, οι δυτικές χώρες δεν είναι τόσο επιρρεπείς στην καταδίκη της εθελοντικής ευθανασίας και της αυτοκτονίας που υποβοηθείται από ιατρούς και τώρα αντιμετωπίζουν αντιφατικές πολιτικές και κοινωνικές ενδείξεις σχετικά με αυτές τις πρακτικές. Πράγματι, αν και πρέπει να υπάρξει συναίνεση για το θάνατο, η σύγκρουση έχει κυριαρχήσει στη συζήτηση για αυτό το θέμα.

Ωστόσο, από την αυστηρή ιατρική προοπτική, οι διεθνείς κατευθυντήριες γραμμές που ακολουθούν την Διακήρυξη του Ιπποκράτη και της Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης της Γενεύης εξακολουθούν να θεωρούν την ευθανασία και την αυτοκτονία που υποβοηθείται από ιατρούς ως ηθικά απαγορευμένη πρακτική. Αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζει τα επιχειρήματα υπέρ της ευθανασίας με βάση την αυτονομία και το δικαίωμα του ατόμου, τη συμπόνια και το έλεος προς τον ασθενή. Προβάλλει επίσης αντιπαραθέσεις, επιχειρήματα εναντίον της ευθανασίας, συγκεκριμένα, τη θρησκευτική άποψη και ότι κάθε άτομο έχει το δικαίωμα στη ζωή και ότι το έλεος ή η συμπόνια προς τον ασθενή στην περίπτωση της ευθανασίας είναι υποκριτική (Young, 2018).



Εικόνα 3. Διαδηλώσεις Υπέρ της Ευθανασίας

2.1. Αυτονομία του ασθενούς

2.1.1 Η αυτονομία ευνοεί την ευθανασία

Ένα από τα σημαντικότερα επιχειρήματα για την υποστήριξη της ευθανασίας έχει τις ρίζες της στην αυτονομία: τα ανθρώπινα πρόσωπα είναι ελεύθερα και αυτόνομα και ως εκ τούτου μπορούν να επιλέξουν έναν ειρηνικό θάνατο αντί να φέρουν την αγανάκτηση μιας ζωής που δεν αξίζει πλέον να ζήσει. Αυτοί οι ασθενείς

πιστεύουν ότι είναι καλύτερα να πεθάνουν από το να ζουν, επειδή δεν βρίσκουν πλέον αξία στη ζωή τους. Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα να λάβει παρόμοια απόφαση και όλοι οι άλλοι θα πρέπει να σεβαστούν την απόφασή του.

Είναι γενικά παραδεκτό ότι οι άνθρωποι έχουν την ελευθερία να επιλέξουν και αυτή η προσωπική αυτονομία πρέπει να γίνεται σεβαστή ακόμα κι αν θεωρείται λάθος ή ανόητο. Αυτή η επιλογή της προσωπικής αυτονομίας μπορεί δίκαια να διακοπεί αν επηρεάσει σοβαρά το σημαντικό ηθικό συμφέρον των άλλων. Έτσι η αυτονομία του ατόμου απαιτεί σεβασμό στην αυτονομία όλων των άλλων.

Η αυτονομία είναι ένα ανθρώπινο δικαίωμα που έχει γεννηθεί από αυτοδιάθεση. "Αυτό ήταν το επιχείρημα που διατύπωσαν υποστηρικτές της ευθανασίας στη Βρετανία και τις Ηνωμένες Πολιτείες κατά τη διάρκεια του 19ου αιώνα. Αυτοί οι υποστηρικτές παραδέχθηκαν, ωστόσο, ότι η ανθρώπινη ζωή είναι ιερή, αλλά μόνο στο βαθμό που η ζωή αυτή συμβάλλει στη χαρά και την ευτυχία του ατόμου που την κατέχει και ότι πρέπει να είναι η επιλογή του ατόμου σχετικά με τη μελλοντική του υγεία και την ευτυχία (Ezekiel, 1994).

Αυτή η στάση σημαίνει ότι όποιος είναι στην ηλικία της διακριτικής ευχέρειας και όποιος πάσχει από θανατηφόρα και ανίατη ασθένεια, η οποία περιλαμβάνει αργό και οδυνηρό θάνατο, θα πρέπει να επιτρέπεται από το νόμο, αν αυτό το πρόσωπο το επιθυμεί και ζητά, να επιλέξει έναν γρήγορο και ανώδυνο θάνατο. Αυτοί οι υποστηρικτές της ευθανασίας ισχυρίζονται ότι το θέμα αυτό πρέπει να θεωρείται ως θέμα ανθρώπινου δικαιώματος και όχι ως απλή πράξη ελέους.

Το επιχείρημα που βασίζεται στην αυτονομία ισχύει επίσης για τις εθελοντικές περιπτώσεις ευθανασίας και για την αυτοκτονία που υποβοηθείται από τους γιατρούς. Οι υποστηρικτές της ευθανασίας ισχυρίζονται ότι «η αυτονομία ή η αυτοδιάθεση είναι το δικαίωμα ενός ατόμου να ελέγχει το σώμα του και τη ζωή του». Όποιος πιστεύει σε αυτή την άποψη πιστεύει ότι η αυτονομία περιλαμβάνει την ελευθερία να επιλέξουν τα άτομα την τελική «έξοδο». Υποστηρίζουν ότι η απαγόρευση της εθελοντικής ευθανασίας είναι η ίδια με την μη τήρηση της ελευθερίας όσων επιθυμούν τη βοήθεια του γιατρού στη στιγμή που πεθαίνουν.

Το ερώτημα αν ένα άτομο έχει απόλυτη ελευθερία να ασκεί τον έλεγχο του σώματός του βρίσκεται στο επίκεντρο της συζήτησης για την ευθανασία. Αυτοί που υπερασπίζονται την ευθανασία υποστηρίζουν ότι αυτό το δικαίωμα είναι απόλυτο και περιλαμβάνει τον έλεγχο της ζωής και του θανάτου. Είναι η πίστη του κινήματος υπέρ της ευθανασίας ότι ο ασθενής έχει το δικαίωμα να επιλέγει ό, τι αποφασίζει,

ακόμα και το θάνατο, και αυτό το δικαίωμα πρέπει να γίνεται σεβαστό από όλους, συμπεριλαμβανομένου του ιατρού (Pakhu, 2015).

Η εθελοντική ευθανασία δικαιολογείται με βάση την αυτονομία του ατόμου που υποφέρει από μεγάλο πόνο και για τον οποίο η φαρμακευτική αγωγή δεν έχει πλέον αποτέλεσμα να ανακουφίσει τον πόνο. Σε αυτή την περίπτωση, ο ασθενής έχει λάβει μια ώριμη απόφαση με την επιθυμία να μην επιβάλει άλλα βάρη στους άλλους. Ο ασθενής μπορεί στη συνέχεια να ζητήσει τη βοήθεια ενός γιατρού στη στιγμή του θανάτου του και εφόσον ο ασθενής υπέβαλε υπεύθυνο αίτημα, δεν υπάρχει αδικία στην πραγματοποίηση της ευθανασίας σε αυτόν ή αυτήν. Έτσι, όσοι υποστηρίζουν την ευθανασία υποστηρίζουν ότι "Αφού το άτομο που πέθανε δίνει ελεύθερη και ενημερωμένη συγκατάθεση για το θάνατό του, δεν θα υπάρξει καμιά αδικία. Ο σεβασμός για την ακεραιότητα και την αυτονομία του ατόμου απαιτεί να τιμήσει το αίτημά του να πεθάνει. »

Έτσι, η άρνηση του αιτήματος του ασθενούς φαίνεται σαν να μην σέβεται την αυτονομία του ασθενούς. Στην πραγματικότητα, η απόρριψη μιας τέτοιας αίτησης είναι σαν να μην σέβεται ο γιατρός την αυτονομία και την αξιοπρέπεια του ατόμου (Nelson, 2004).

Ένας από τους υποστηρικτές της ευθανασίας, ο Peter Singer, ο οποίος είναι διάσημος συγγραφέας, συνδέει το δικαίωμα στο θάνατο με το δικαίωμα στη ζωή. Γράφει: "Η πιο σημαντική πτυχή της κατοχής του δικαιώματος στη ζωή είναι ότι μπορεί κανείς να επιλέξει αν θα την επικαλείται ή όχι. Εκτιμούμε την προστασία που παρέχεται από το δικαίωμα στη ζωή μόνο όταν θέλουμε να συνεχίσουμε να ζούμε. Κανείς δεν μπορεί να φοβηθεί ότι θα σκοτωθεί με το επίμονο, ενημερωμένο και αυτόνομο αίτημά του ». Ομοίως, η στάση που αφορά την ευθανασία στις Κάτω Χώρες βασίζεται σε δύο παράγοντες: πρώτον η απόφαση είναι εθελοντική και ορθή, και δεύτερον ο ασθενής πάσχει αφόρητα και απελπιστικά. Ως εκ τούτου, η ευθανασία δικαιολογείται ηθικά από τον σεβασμό που οφείλεται μόνο στην αρχή της αυτονομίας.

Η αρχή της αυτοδιάθεσης παρουσιάζεται ολόένα και περισσότερο από τους υποστηρικτές της ευθανασίας ως απόλυτη αρχή και ιδιωτικό ζήτημα. Κατά την άποψή τους, η ελευθερία πρέπει να επεκταθεί στην ατομική αυτοδιάθεση για να πετύχει κάποιος το θάνατο κάποιου άλλου, υπό την προϋπόθεση ότι είναι εθελοντική. Επιπλέον, αυτό θα πρέπει να προστατεύεται από το νόμο και οι γιατροί θα πρέπει να μπορούν να ικανοποιούν το αίτημα ενός ασθενούς. Η αρχή της αυτονομίας έχει γίνει

ένας από τους ισχυρούς λόγους για τους υποστηρικτές στην προσπάθειά τους να νομιμοποιήσουν την ευθανασία (Jurgiaan, 2002).

Οι υποστηρικτές της ευθανασίας βασίζονται τα επιχειρήματά τους στην αυτονομία: ο καθένας έχει ελευθερία επιλογής και αυτό πρέπει να γίνει σεβαστό από όλους, για τους Χριστιανούς δεν είναι έτσι. Το Εγκυκλολογικό Ευαγγέλιο του Πάπα Ιωάννη Παύλου ΙΙ δηλώνει ότι αυτή είναι μια παραμορφωμένη έννοια της ελευθερίας που καταστρέφει την αλληλεγγύη μας με άλλα ανθρώπινα όντα. Η χριστιανική έννοια της ελευθερίας περιλαμβάνει την αυτόνομη επιλογή να δεχτεί ή να απορρίψει την ταλαιπωρία και την ασθένεια, αλλά και να εγκαταλείψει τον εαυτό του στο θέλημα του Θεού.

Η χριστιανική προοπτική της ελευθερίας και του δικαιώματος προϋποθέτει ότι ο καθένας έχει δικαίωμα στη ζωή, αλλά αυτό το δικαίωμα δεν είναι απόλυτο, διότι καθώς η ζωή δίνεται από το Θεό ως δώρο, δεν υπάρχει απόλυτη αυτονομία: είμαστε διαχειριστές της ζωής μας. Είναι σαν ένα δεδομένο ταλέντο που χορηγείται από τον κύριο στους δούλους του και από το οποίο περιμένει να επενδύσουν και να κερδίσουν την κατάλληλη επιστροφή όπως φαίνεται σε μία από τις παραβολές του Ιησού.

Σύμφωνα με το έγγραφο της Ιεράς Συνέλευσης για το δόγμα της πίστης, για την προνομιούχα ευθανασία, η ανθρώπινη ζωή είναι η βάση όλων των αγαθών και αποτελεί απαραίτητη πηγή κάθε ανθρώπινης δραστηριότητας στην κοινωνία. Επιπλέον, η ζωή είναι ένα δώρο της αγάπης του Θεού και ο καθένας πρέπει να διατηρήσει αυτή τη ζωή καθώς και να την φέρει καρπούς. Εφόσον η ζωή είναι δώρο από τον Θεό, ο καθένας έχει την υποχρέωση να ζήσει μια ζωή σύμφωνα με το σχέδιο του Θεού. Η ζωή είναι εμπιστευμένη στο άτομο ως καλό και πρέπει να αποφέρει καρπούς εδώ στη γη. Θα έρθει σε πλήρη τελειότητα μόνο στην αιώνια ζωή.

Το έγγραφο του Βατικανού λέει σθεναρά ότι κανείς δεν μπορεί να επιτρέψει τη δολοφονία ενός αθώου ανθρώπου και ότι κανείς δεν μπορεί να ζητήσει αυτή την πράξη δολοφονίας για τον εαυτό του ή για άλλους. Ομοίως, καμία αρχή δεν μπορεί να συστήσει ή να επιτρέψει μια τέτοια ενέργεια. Το έγγραφο θεωρεί την ευθανασία παραβίαση του θεϊκού νόμου, προσβολή της αξιοπρέπειας του ανθρώπου, έγκλημα κατά της ζωής και επίθεση στην ανθρωπότητα (Pakhu, 2015).

2.2 Το δικαίωμα στο θάνατο

2.2.1 Το δικαίωμα στο θάνατο ευνοεί την ευθανασία

Οι άνθρωποι που τάσσονται υπέρ της ευθανασίας παρουσιάζουν ένα άλλο επιχείρημα για να υπερασπιστούν την στάση τους: το δικαίωμα ενός ατόμου να επιλέξει το θάνατο ή το δικαίωμα να πεθάνει. Έχει κάποιος το δικαίωμα να πεθάνει; Οι υποστηρικτές της ευθανασίας πιστεύουν ότι το έχει. Διαφορετικά, ισχυρίζονται ότι κάθε μάρτυρας ή ήρωας ο οποίος εσκεμμένα προσφέρει τη ζωή του είναι ηθικά λάθος. Ο Αρθούρ Ντάκκ δηλώνει ότι «Η ζωή ενός ατόμου ανήκει σ' αυτό το άτομο να το διαθέσει εξ' ολοκλήρου όπως επιθυμεί».

Ένας ασθενής με καρκίνο κ. Brittany Maynard που υπέφερε από καρκίνο του εγκεφάλου σε τελευταίο στάδιο, αυτοκτόνησε, επειδή πίστευε επίσης ότι η επιλογή να πεθάνει ήταν σωστή. Νόμιζε ότι άξιζε αυτή την επιλογή και κανείς δεν είχε το δικαίωμα να της αρνηθεί την επιλογή. Ένιωθε ότι αυτή η επιλογή είναι πολύ πιο ανθρώπινη από το να υποφέρει εβδομάδες ή μήνες με τεράστιες ποσότητες σωματικού και συναισθηματικού πόνου.

Επειδή στην περίπτωση της ευθανασίας δεν υπάρχει ελπίδα για ανάκαμψη και επιπλέον δεν υπάρχει δυνατότητα ευθύνης για την εξυπηρέτηση άλλων, μπορεί κανείς να πει ότι η υπεράσπιση του δικαιώματος να πεθάνει είναι εγωιστική. Οι υπερασπιστές της ευθανασίας ωστόσο δηλώνουν ότι αυτό δεν είναι αλήθεια: ο ασθενής δεν επιλέγει μόνο το δικό του καλό, αλλά και το καλό των άλλων. Ο ασθενής δεν θέλει να είναι βάρος για τους αγαπημένους και την κοινωνία. Έτσι, οι υπερασπιστές της ευθανασίας υποστηρίζουν ότι ο πάσχων έχει το δικαίωμα να επιλέξει το θάνατο και η κοινωνία πρέπει να σέβεται και να χορηγεί αυτό το δικαίωμα, ως πράξη δικαιοσύνης και συμπόνιας προς τους συνανθρώπους.

Οι υποστηρικτές της ευθανασίας ισχυρίζονται επίσης ότι η αποτροπή ενός ασθενούς από το δικαίωμα να επιλέγει το θάνατο είναι κατά κάποιον τρόπο ένας τρόπος να αρνηθεί κανείς τον θάνατο. Σε απάντηση στη δήλωση ότι ο Θεός έχει αποφασίσει σε ποια χρονική στιγμή θα σταματήσει η ζωή, λένε ότι όλη η ιατρική φροντίδα που προσπαθεί να αναλάβει το ρόλο του Θεού και να παρεμβαίνει στη φυσική πορεία της ζωής παρατείνοντας τη ζωή είναι ενάντια στο δικαίωμα ενός ατόμου να πεθάνει (Egan, 2014).

Η αρχή της θεμελιώδους ελευθερίας που καθορίστηκε από το Ανώτατο Δικαστήριο των Ηνωμένων Πολιτειών σχετικά με την άμβλωση είναι πρακτικά εφαρμόσιμη στην ευθανασία. Σύμφωνα με το Σύνταγμα, υπάρχει μια σφαίρα προσωπικής ελευθερίας με την οποία η κυβέρνηση δεν μπορεί να παρεμβαίνει: τα βάσανα των ασθενών είναι πολύ οικεία και προσωπικά για να εμπλακεί το κράτος επιμένοντας στο δικό του όραμα για το τέλος της ζωής. Επιπλέον, το πεπρωμένο ενός τελικού ασθενούς πρέπει να διαμορφώνεται από τη δική του αντίληψη των πνευματικών του επιταγών.

Το επιχείρημα από την άποψη του δικαιώματος να πεθάνει κανείς παρουσιάζεται ως επέκταση της προσωπικής αυτονομίας: το δικαίωμα να ζει κανείς τη ζωή του σύμφωνα με το όραμα του ατόμου, χωρίς να περιορίζεται από τις απόψεις των άλλων. Θεωρείται ότι ο καθένας έχει το δικαίωμα να ζήσει μια ζωή με τον τρόπο που αυτός / αυτή θέλει και ότι κάθε άτομο έχει την ελευθερία να επιλέξει ό, τι πιστεύει ότι είναι καλό για αυτόν ή αυτήν.

Το 1984, ο Robert Risley, δικηγόρος στο Λος Άντζελες, θεώρησε ότι βοήθησε τη σύζυγό του που υπέφερε από καρκίνο να τερματίσει τη ζωή της. Αν και γνώριζε πλήρως την παρανομία του, σχολίασε ότι «θα έπρεπε να ήταν σε θέση να πραγματοποιήσει τις επιθυμίες της και θα έπρεπε να είχε δικαίωμα σε βοήθεια». Προσθέτει ότι «όλοι πρέπει να έχουμε το δικαίωμα να ελέγξουμε το πεπρωμένο μας " (Podgers, 1992).

Αυτό το δικαίωμα έχει προτεραιότητα σε σχέση με την εκτίμηση του γιατρού της κατάστασης του ασθενούς: «Τα δικαιώματα του ασθενούς υπερισχύουν της κρίσης του γιατρού στη λήψη αποφάσεων στο τέλος της ζωής». Αυτή είναι μια δήλωση του κ. Quinlan προς το Δικαστήριο στο New Jersey σχετικά με τη διακοπή των εξωγενών μέσων. Στην περίπτωση αυτή, η κρίση του ασθενούς επικρατεί έναντι του ιατρού.

Το "δικαίωμά ενός ανθρώπου στο θάνατο " αναφέρεται συνήθως στο δικαίωμα άρνησης οποιασδήποτε θεραπείας που είναι ασυνήθιστη και θεραπευτική. Η κίνηση του "δικαιώματος στο θάνατο " σηματοδότησε την αρχή το 1976 μετά την υπόθεση Karen Quinlan, όταν και το δικαστήριο αποφάσισε να απομακρύνει τον αναπνευστήρα όπως ζήτησε ο πατέρας της. Από τότε το δικαίωμα ενός ασθενούς προστατεύεται πολύ και έχει υπάρξει μια σημαντική αύξηση της επιβολής του νόμου που επιτρέπει την απόσυρση της θεραπείας που διατηρεί τις ζωτικές λειτουργίες ενός ανθρώπου.

Υπάρχουν διαφορετικά επιχειρήματα κατά του "δικαιώματος στο θάνατο" που προτείνουν οι υποστηρικτές της ευθανασίας. Σε αντίθεση με το κίνημα αυτό, υπάρχει επίσης μια οργάνωση που ονομάζεται "δικαίωμα στη ζωή", την οποία υποστηρίζει και η Εκκλησία. Ο James Borr, ενεργός δικηγόρος στο κίνημα "δικαίωμα στη ζωή", αντιτιθέμενος στο "δικαίωμα στο θάνατο" λέει: "Η κύρια ευθύνη της κοινωνίας και της κυβέρνησης είναι η προστασία της ζωής, οπότε δεν πρέπει να νομιμοποιεί τη δολοφονία ενός ατόμου από άλλο. "

Επιπλέον, πιστεύεται ότι "αν ο ρόλος του γιατρού είναι να πάρει τη ζωή σας, καθώς και να τη διαφυλάξει, εισάγει πολλή ασάφεια στη σχέση". Επιπλέον, «αυτό θα κατέστρεψε τον ιδιαίτερο ρόλο του ιατρού». Ο κ. Melvin Kirschner, μέλος της Μικτής Επιτροπής Βιοηθικής των ιατρικών και αθλητικών σωματείων του Λος Άντζελες, πιστεύει ότι δεν έχουμε όλα τα δικαιώματα στην κοινωνία. "Κανείς από εμάς δεν μπορεί να έχει όλα τα δικαιώματα που θέλουμε στην κοινωνία". "Δεν έχετε το δικαίωμα ως ασθενής να μου ζητήσετε να σας σκοτώσω" είναι η απάντηση του στο "δικαίωμα στο θάνατο". Ο Kirschner πιστεύει ότι αν επιτρέπεται σε ιατρό να τερματίσει τη ζωή των ασθενών του, αυτό είναι ενάντια στο ρόλο ενός γιατρού θεραπευτή.

Η Nancy Dubler, διευθύντρια της Διεύθυνσης Δικαίου και Δεοντολογίας του Ιατρικού Κέντρου Monte-fiore στη Νέα Υόρκη, αντιτίθεται στη νομιμοποίηση της ευθανασίας προκειμένου να προστατεύσει τα συμφέροντα των μειονεκτούντων. Αναφέρει: «Θα ήταν μια κοινωνική καταστροφή που θα επέτρεπε την ευθανασία σε μια κοινωνία που δεν παρέχει καθολική υγειονομική περίθαλψη, ιδιαίτερα για τους ηλικιωμένους, τους φτωχούς και τις μειονότητες» (Peretti-Watel, 2003).

Οι αντίπαλοι πιστεύουν ότι η νομιμοποίηση της πρακτικής της ευθανασίας θα έχει ανεπιθύμητες συνέπειες και αντιτίθενται σθεναρά στη νομιμοποίησή της. Ένας από τους πιο πρακτικούς φόβους για τις συνέπειες της νομιμοποίησης της ευθανασίας και της αυτοκτονίας που υποστηρίζεται από ιατρούς είναι ότι θα καταστρέψει τη σχέση μεταξύ ασθενών και γιατρών. Εκείνοι που αντιτίθενται σ'αυτό φοβούνται ότι η χορήγηση άδειας για την άσκηση της ευθανασίας για τους γιατρούς θα διαταράξει την εμπιστοσύνη των γιατρών κατά τη στιγμή που οι ασθενείς τη χρειάζονται περισσότερο. Η συνέπεια της νομιμοποίησης της ευθανασίας θα ήταν ασφαλώς η μείωση της εμπιστοσύνης του ασθενούς στους ιατρούς.

2.3 Το επιχείρημα της συμπόνιας

Ένα άλλο επιχείρημα που χρησιμοποιούν οι υποστηρικτές της ευθανασίας είναι το επιχείρημα της συμπόνιας. Η ευθανασία θεωρείται από τους υποστηρικτές της ως πράξη συμπάθειας. Το αίτημα εκείνων που θέλουν να τερματίσουν τη ζωή τους θα πρέπει να τιμηθεί και η εκτέλεση τους για αυτούς είναι μια πράξη καλοσύνης ή ευεργεσίας. Η συμπόνια είναι μια ανθρώπινη εμπειρία που μοιράζονται όλοι. Είναι ένα κοινό ανθρώπινο συναίσθημα που τα ανθρώπινα όντα αισθάνονται και υποφέρουν μαζί με τα δεινά των άλλων εξαιτίας της υποτροφίας μας. Ο Derek Humphry, ο συγγραφέας της Τελικής Εξόδου, διατυπώνει το επιχείρημά του με αυτόν τον τρόπο: «Βοηθώντας κάποιον να πεθάνει σε προσεκτικά εξεταζόμενες συνθήκες είναι μέρος της καλής ιατρικής και επίσης επιδεικνύει μια φροντίδα κοινωνία που προσφέρει ευθανασία σε απελπισμένα άρρωστα πρόσωπα ως πράξη αγάπης ».

Οι υποστηρικτές της ευθανασίας υποστηρίζουν ότι η ιατρική τεχνολογία δεν μπορεί να προσφέρει την ανακούφιση του σωματικού πόνου σε πολλούς τερματικούς ασθενείς. Επιπλέον, ισχυρίζονται ότι αυτοί οι ασθενείς φοβούνται τρομακτικά ότι παγιδεύονται σε μηχανές υποστήριξης της ζωής καθώς πλησιάζουν τον θάνατο. Πιστεύουν ότι είναι συμπονετικοί προς αυτούς τους ασθενείς και πιστεύουν ότι είναι σωστό να διαθέτουν ευθανασία για να τερματίσουν τα βάσανα τους. Πιστεύουν μάλιστα ότι αυτές πρέπει να είναι οι αποφάσεις των ασθενών που προστατεύονται από το νόμο (Humphry, 1992).

Οι υπερασπιστές της ευθανασίας υποστηρίζουν την ευθανασία λόγω συμπόνιας προς τον πάσχοντα ασθενή. Αυτοί οι υποστηρικτές ισχυρίζονται ότι υποστηρίζουν το κίνημα της ευθανασίας από την παρηγορητική ανησυχία των συνανθρώπων μας όταν τερματίζουν την άσκοπη ταλαιπωρία τους κατόπιν αιτήσεώς τους. Ο αιτών ασθενής Dan Brock υποστηρίζει: «Η ευθανασία πρέπει να είναι διαθέσιμη ως παρηγορητικό μέσο για τον τερματισμό του πόνου και ταλαιπωρία εκείνων για τους οποίους η λήξη της υποστήριξης της ζωής ή η άρνηση της επιθετικής θεραπείας δεν τελειώνει τη ζωή τους ».

Για ορισμένους συναισθηματικούς φιλοσόφους, όπως ο Rousseau και ο Hume, η συμπόνια είναι ακόμη ένας καλύτερος οδηγός για την ηθική από τη χριστιανική διδασκαλία για το θέμα αυτό. Η πίστη τους περιλαμβάνει τη ζωή χωρίς

πόνο, ανακούφιση από τα βάσανα με οποιοδήποτε μέσο, έστω κι αν σημαίνει να πετύχει κανείς το θάνατο εκείνου που υποφέρει.

Ο όρος ευθανασία από μόνος του σημαίνει επίσης "καλός θάνατος". "Η καλοσύνη προς τον ασθενή" προβάλλεται ως επιχείρημα από ανθρώπους που τάσσονται υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας. Υποστηρίζεται ότι οι τερματικά άρρωστοι ασθενείς βρίσκονται σε μεγάλο πόνο και ταλαιπωρία και η ευθανασία είναι ένας τρόπος να τους κρατήσει μακριά από την άθλια κατάστασή τους, θέτοντας με ειλικρίνεια τέλος στη ζωή τους.

Στη συζήτηση για την ευθανασία, το επιχείρημα του ελέους αναφέρει ότι εάν ένας ασθενής βρίσκεται σε κατάσταση ανυπόφορου και απελπιστικού πόνου και άρρωστος, δικαιολογείται η ευθανασία. Μερικοί φιλόσοφοι, όπως ο James Rachels και ο Peter Singer, πιστεύουν μάλιστα ότι όσοι είναι ενάντια στην ευθανασία και εκφράζουν επιφυλάξεις για την ηθική άδεια της ευθανασίας, δείχνουν τη σκληρότητα τους προς τα δεινά των άλλων (Bachelard, 2002).

Το επιχείρημα από την προοπτική του ελέους ή της συμπόνιας καταγράφει μία παράλληλη ανθρώπινη και ζωική ταλαιπωρία: τα ζώα μπορούν να απαλλαγούν από τον πόνο τους με την απομάκρυνση από τη δυστυχία τους και οι άνθρωποι πρέπει να τους προσφέρουν ανακούφιση από τη δυστυχία τους. Ως εκ τούτου, είναι μια αποτυχία στην υποχρέωσή μας στους συνανθρώπους όταν έχουμε τη δύναμη να βοηθήσουμε τον ασθενή να έχει έναν ανθρώπινο θάνατο, αλλά δεν το πράττει.

Σε αντίθεση με τους υποστηρικτές, οι αντίπαλοι της ευθανασίας κατανοούν την αληθινή συμπόνια και το έλεος με διαφορετικό τρόπο: πιστεύουν ότι η αληθινή συμπόνια δεν περιλαμβάνει τον τερματισμό της ζωής του πάσχοντα. Σε αντίθεση με τους υποστηρικτές της ευθανασίας, υποστηρίζουν ότι η συμπόνια με το θάνατο τους ωθεί να διπλασιάσουν τις προσπάθειές τους για τη βελτίωση της ποιότητας και της διανομής της υγειονομικής περίθαλψης για τους τελικά ασθενείς (Bachelard, 2002).

2.4. Το επιχείρημα της αξιοπρέπειας

Το «Πεθαίνοντας με αξιοπρέπεια» είναι ένα από τα επιχειρήματα που διατύπωσαν οι υποστηρικτές της ευθανασίας. Η κυρία Brittany Maynard πίστευε ότι η επιλογή της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας ήταν πιο αξιοπρεπής από το να αφήσει τον εαυτό της να πεθάνει από τον καρκίνο του εγκεφάλου. Ένιωθε λιγότερο

τρομαγμένη και με μεγαλύτερη αξιοπρέπεια όταν είχε τα μέσα που είχε στη διάθεσή της για να πάρει τη δική της ζωή ανά πάσα στιγμή που ήθελε για μόνο τότε ελέγχει το μυαλό της.

Οι ασθενείς που υποφέρουν χάνουν αυτή την αξιοπρέπεια λόγω της σοβαρής και οδυνηρής τους ασθένειας. Για τους υπερασπιστές της ευθανασίας, να έχεις αξιοπρέπεια σημαίνει να είσαι σε θέση να κοιτάς τον εαυτό σου με σεβασμό και με κάποιο βαθμό ικανοποίησης. Επιπλέον, δεν υπάρχει περισσότερη αξιοπρέπεια σε ένα άτομο, αν δεν υπάρχει κανένας βαθμός ικανοποίησης στην εξέταση του εαυτού του λόγω εξασθένησης που προκαλείται από την ασθένεια. Ομοίως, όταν κάποιος εξαρτάται από τη φροντίδα άλλων ανθρώπων λόγω ασθένειας, αυτό προκαλεί την απώλεια της ικανότητας να εξαρτάται από τον εαυτό του.

Βεβαίως, η ιατρική τεχνολογία έχει αυξήσει την ικανότητα της ιατρικής στη θεραπεία και τη φροντίδα. Οι μέθοδοι όμως δεν είναι πάντοτε ανθρώπινες: Μπορούν να πάρουν την αίσθηση της αυτοεκτίμησης και την αυτοεκτίμηση ενός ατόμου. Μερικοί ασθενείς που υποφέρουν συνειδητοποιούν τη δική τους φθορά και επιβαρύνουν τους άλλους. Σε μια τέτοια κατάσταση θα ήταν ασυνείδητο και ασυμβίβαστο να απαγορεύσει η πολιτεία στον ασθενή να επιλέξει το δικό του θάνατο.

Δεν είναι πάντοτε δυνατό να ανακουφιστεί ο πόνος και η ταλαιπωρία που σχετίζονται με τη διαδικασία της ευθανασίας. Υπό αυτές τις συνθήκες, ο ασθενής ζητά τη βοήθεια του γιατρού να πεθάνει επειδή ένας αξιοπρεπής θάνατος είναι το είδος του θανάτου που θέλει ο ασθενής. Σε αυτή την κατάσταση της εθελοντικής ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, τόσο ο ασθενής όσο και ο γιατρός δεν διαπράττουν ανήθικη πράξη και ο νόμος που εμποδίζει μια τέτοια πράξη είναι άδικος και ανήθικος (Thomasma, 1996).

Η αποδοχή πολιτικών ευθανασίας θα έδινε στους τελικά άρρωστους ασθενείς την επιλογή να κατευθύνουν τους γιατρούς να τερματίσουν τη ζωή τους σε μια εποχή και με τρόπο που θα μείωνε την ταλαιπωρία τους διατηρώντας παράλληλα την προσωπική τους αξιοπρέπεια. Αν δεν υπάρχει καμία πιθανότητα βελτίωσης της υγείας, των αμερικανικών ερευνών, η πλειοψηφία δεν θα ήθελε να κρατηθεί ζωντανή από τον εξοπλισμό υποστήριξης της ζωής, συμπεριλαμβανομένης της τεχνητής διατροφής. Για αυτούς είναι αξιοπρεπές και άχρηστο να ζουν σε αυτή την κατάσταση: θέλουν να είναι απαλλαγμένοι από αυτή την παγίδα, η οποία επιπλέον είναι μια υπερβολικά δαπανηρή μάταιη θεραπεία.

Πολλοί άνθρωποι φοβούνται να υποφέρουν από συμπτώματα που απειλούν την προσωπικότητα και προκαλούν την απώλεια της αξιοπρέπειας και της αυτοδυναμίας, την υποβαθμίζουν με την έννοια ότι εξαρτώνται απόλυτα από τους άλλους και χωρίς την ευαισθητοποίηση και τον έλεγχο. Αυτοί οι ασθενείς δεν έχουν καμία ελπίδα για πλήρη θεραπεία και αναγκάζονται να πεθάνουν με μεγάλη δυσφορία. Σε αυτές τις περιπτώσεις, επιπλέον, είναι λιγότερο πιθανό οι στενοί φίλοι και μέλη της οικογένειας να αντιταχθούν σε αυτό.

Για τους αντιμάχοντες της ευθανασίας, η ανθρώπινη αξιοπρέπεια και ο θάνατος με αξιοπρέπεια έχουν άλλες έννοιες από εκείνες που προωθούνται από τους υπερασπιστές της ευθανασίας. Η αξιοπρέπεια και ο θάνατος με αξιοπρέπεια δεν σημαίνουν την επιλογή του θανάτου παρά της ζωής ή της τεχνητής παράτασης της ζωής. Οι όροι μάλλον σημαίνουν τον σεβασμό στην αυτόνομη επιθυμία του ασθενούς, να κάνει ό, τι είναι λογικά δυνατό για τον ασθενή να ζήσει και να δώσει μια αίσθηση ελπίδας, αν ο ασθενής πεθάνει (Johnstone, 2015).

2.5 Εξάλειψη της Πάθησης

2.5.1 Το επιχείρημα υπέρ της ευθανασίας

Ένα από τα επιχειρήματα για την υποστήριξη της ευθανασίας σχετίζεται με την ανακούφιση των παθήσεων. Όσοι τάσσονται υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας πιστεύουν ότι δεν είναι ηθικά καλό να επιτρέπεται στους ανθρώπους να υποφέρουν άσκοπα. Ο πόνος είναι αναπόφευκτος και το πιο φρικτό πράγμα που βιώνουν τα ζωντανά και αισθανόμενα όντα. Θα ήταν βάρβαρο και ανόητο να μην χρησιμοποιήσουμε τα σίγουρα και εύκολα μέσα που έχουμε στη διάθεσή μας για να σταματήσουμε την ταλαιπωρία και τον πόνο όταν φτάνουμε σε υψηλό βαθμό έντασης. Η ευθανασία πιστεύεται ότι είναι δικαιολογημένη για το λόγο ότι ανακουφίζει τον πόνο και τον πόνο όταν είναι αφόρητο και ανυπόφορο .

Η υπομονή θεωρείται ότι είναι ηθικά απαράδεκτη από τους περισσότερους από εκείνους που τάσσονται υπέρ της ευθανασίας. Πράγματι, παρά τα τεράστια επιτεύγματα της σύγχρονης ιατρικής έρευνας και θεραπειών, οι γιατροί δεν μπορούν να απελευθερώσουν όλα τα βάσανα των ασθενών. Για παράδειγμα, ένας ασθενής με

καρκίνο των οστών μπορεί να ζει τρομερούς πόνους ακόμη και με τη χρήση πολύ έντονων παυσίπων.

Όπου είναι δυνατόν, ο ασθενής πρέπει να αποφεύγεται να υποφέρει άσκοπα. Τώρα η ευθανασία είναι ένας καλός τρόπος για να ανακουφίσει την περιττή ταλαιπωρία. Ως εκ τούτου, οι συνήγοροι της ευθανασίας καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η ευθανασία είναι και ηθική. Επιπλέον, η άρνηση των ασθενών να επιλέξουν να γλιτώσουν από τις ανυπόφορες ταλαιπωρίες θεωρείται ότι είναι μια άδικη μεταχείριση που τους αναγκάζει να φέρουν περιττό βάρος, καθώς και να επιβάλλει σε αυτές τις καταστάσεις αδικαιολόγητα τις αξίες των άλλων. Η ευθανασία είναι για τους υποστηρικτές της μια λύση για να τερματιστεί η αφόρητη ταλαιπωρία και ο πόνος των ασθενών.

Όταν ο πόνος είναι πολύ έντονος ή η ασθένεια είναι ανίατη, ο θάνατος είναι καλό και πρέπει να αναζητηθεί. Ένας γιατρός δηλώνει: «Ο θάνατος είναι η μεγαλύτερη ευλογία του ανθρώπου όταν ακυρώνει μια ζωή ραγισμένη με ταλαιπωρία που απογυμνώνεται από το νόημά της». Ο θάνατος γίνεται αντιληπτός ως μια φιλελεύθερη υποδοχή, όταν ο πόνος είναι αφόρητος. Σε όσους υποστηρίζουν το κίνημα της ευθανασίας, ο θάνατος είναι μια διέξοδος από τη δυστυχία που προκαλεί σοβαρή ασθένεια.

Η υπόθεση παρομοιάζεται με οδηγό φορτηγού ο οποίος είναι παγιδευμένος στο φλεγόμενο όχημα μετά από ατύχημα. Ένας αστυνομικός στη σκηνή δεν μπορεί να τον βγάλει από το καύσιμο όχημα. Ως έσχατη λύση, ο οδηγός ζητά από τον αστυνομικό να τον πυροβολήσει. Στην περίπτωση αυτή, πιστεύεται ότι η δολοφονία του είναι δικαιολογημένη επειδή είναι ο μόνος τρόπος να αποφευχθεί ο θάνατος του οδηγού. Με τον ίδιο τρόπο, οι γιατροί χρησιμοποιούν την ευθανασία ως τελευταία λύση: τότε είναι το σωστό να το κάνουν για να ανακουφίσει το αφόρητο πόνο με τον τερματισμό της ζωής του ασθενούς.

Η Helga Kuhse, Ph.D., βιοθεραπεύτρια που υποστηρίζει τη νομιμοποίηση της εθελοντικής ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, πιστεύει ότι η εθελοντική ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι ηθικά σωστές και ότι και οι δύο πρέπει να προσφέρονται σε κάθε ασθενή που τις ζητάει. Υποστηρίζει από τη σκοπιά της συγκατάθεσης: δεν υπάρχει καμιά βλάβη ή αδικία, ούτε για τον γιατρό ούτε για τον ασθενή, αφού η επιλογή γίνεται από τον ασθενή για τον εαυτό του. Με την ελπίδα ανακούφισης του πόνου και της ταλαιπωρίας, αυτοί οι ασθενείς επιλέγουν να πεθάνουν ελαφρώς νωρίτερα από ό, τι κανονικά θα τους συμβεί. Δεν βρίσκει

τίποτα κακό όταν ένας γιατρός δίνει ένα χέρι βοήθειας στον ασθενή που ζητάει να πεθάνει για να αποφύγει να υποφέρει στο τερματικό στάδιο (Sernett, 1975).

Επιπλέον, η ευθανασία απελευθερώνει τους ασθενείς από τον πόνο και θα διαβεβαιώσει τους άλλους ότι ο θάνατος δεν είναι μια οδυνηρή εμπειρία . Προτείνεται στους ασθενείς εκείνους που πάσχουν από ανίατη, θανατηφόρα και αγωνιώδη ασθένεια. Πρέπει να τους δοθούν θανάσιμα φάρμακα για να τερματίσουν την ανεπανόρθωτη ταλαιπωρία τους αν ο θάνατος είναι βέβαιο ότι θα έρθει γι 'αυτούς σύντομα. Σε αυτές τις περιπτώσεις πιστεύεται ότι είναι ηθικά σωστό να το πράξει και είναι πραγματικά μια πράξη της ανθρωπότητας. Στην πραγματικότητα, "η ευθανασία μπορεί να είναι η μόνη απελευθέρωση από την παρατεταμένη ταλαιπωρία και την αγωνία τους" .

2.5.2 Επιχειρηματολογία κατά της Ευθανασίας

Οι αντίπαλοι της ευθανασίας υποστηρίζουν ότι τα τρομερά βάσανα δεν είναι ένας ηθικός λόγος που ευνοεί την ευθανασία. Αντιθέτως, υποστηρίζουν ότι ο πόνος έχει νόημα και μπορεί να αντιμετωπιστεί χωρίς προσφυγή στην ευθανασία.

Η υπομονή είναι μέρος των υπαρξιακών προβλημάτων της ανθρώπινης ζωής. Είναι μια εσφαλμένη αντίληψη όχι μόνο για τα βάσανα αλλά και για τον εαυτό μας με τρόπο που καταστρέφει την ανθρώπινη ηθική ακεραιότητά όταν κάποιος προσπαθεί να νομιμοποιήσει την ευθανασία με τη δολοφονία των πασχόντων για να τερματιστεί ο πόνος. Η δυστυχία έρχεται μαζί με την ανθρώπινη ύπαρξή μας. Είναι μια από τις αναπόφευκτες εμπειρίες όπως η γήρανση και ο θάνατος που οι περισσότεροι άνθρωποι πρέπει να περάσουν στη ζωή.

Ο καθένας έχει το καθήκον να διατηρεί τη ζωή του συμπεριλαμβανομένης της ζωής των γειτόνων του. Εν όψει του πόνου , δεν πρέπει να θεωρείται απόλυτο καθήκον η διατήρηση της ζωής. Είναι ηθικά αποδεκτή η απόρριψη της θεραπείας που παρατείνει τη ζωή, η οποία δεν είναι επωφελής για τον ασθενή και δημιουργεί επίσης τεράστια επιβάρυνση. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, πρέπει να χρησιμοποιούνται υποχρεωτικές θεραπείες ενώ οι μη υποχρεωτικές θεραπείες είναι προαιρετικές.

Αντιμετωπίζοντας τρομερό πόνο, οι γιατροί είναι υποχρεωμένοι να ανακουφίσουν τον πόνο με τα παυσίπονα, ακόμη και όταν αυτά μπορούν να συντομεύσουν τη ζωή, αλλά ο θάνατος δεν είναι αυτοσκοπός. Αυτό συμβαίνει για να

κρατήσει τους ασθενείς χωρίς πόνο, όσο το δυνατόν περισσότερο, έτσι ώστε να μπορούν να αντιμετωπίσουν τη στιγμή του θανάτου άνετα και με αξιοπρέπεια. Ως εκ τούτου, φάρμακα που έχουν την ικανότητα απελευθέρωσης από τον πόνο πρέπει να χορηγούνται στον άτομο που πεθαίνει, ακόμη και αν αυτό το είδος θεραπείας προσφέρει άνεση στον ασθενή και ταυτόχρονα, μπορεί να έχει το αρνητικό αποτέλεσμα και να συντομεύει τη διάρκεια ζωής του ασθενούς (Pakhu, 2015).

2.6. Ποιότητα ζωής

2.6.1 Το επιχείρημα για την ποιότητα της ζωής ευνοεί την ευθανασία

Το επιχείρημα σχετικά με την ποιότητα της ζωής διαδραματίζει επίσης πολύ σημαντικό ρόλο στη συζήτηση για την ευθανασία. Είναι ένας από τους παράγοντες που λαμβάνονται υπόψη κατά τη λήξη της διαδικασίας λήψης αποφάσεων. Εκείνοι που υποστηρίζουν την ευθανασία πιστεύουν ότι οι ασθενείς με πλήρη εξάρτηση από άλλους, λόγω ασθένειας, δεν έχουν ποιότητα ζωής και, επιπλέον, αποτελούν σοβαρό βάρος για την κοινωνία και την οικογένεια.

Η απώλεια της ανεξαρτησίας, η ικανότητα συμμετοχής σε ευχάριστες δραστηριότητες καθώς και η επιβάρυνση της οικογένειας μπορεί να προκαλέσει την επιθυμία σε κάποιον ασθενή να πεθάνει. Μια έρευνα που διεξήχθη στο Όρεγκον της Αμερικής, όπου νομιμοποιήθηκε η υποβοηθούμενη αυτοκτονία, υποδηλώνει ότι οι πιο συχνά αναφερόμενοι λόγοι για τη λήξη της ζωής κατά τα πρώτα χρόνια της νομιμοποίησης της ευθανασίας ήταν οι εξής:

- Απώλεια αυτονομίας (2000, 93%, 1999, 78 %, 1998, 75%).
- Συμμετοχή σε ευχάριστες δραστηριότητες (2000, 78%, 1999, 81%, 1998, 69%)
- Επιβάρυνση της οικογένεια (2000, 63%, 1999, 26%, 1998, 12%).

Η απώλεια αυτών των ικανοτήτων κάνει τους ανθρώπους να αισθάνονται ότι η ποιότητα ζωής τους είναι χαμηλή και ως εκ τούτου έχουν την επιθυμία να πεθάνουν. Ένα επαναλαμβανόμενο επιχείρημα από τους υποστηρικτές της

ευθανασίας επικεντρώνεται στην ποιότητα της ζωής. Είναι επιπλέον βάρος για τους αγαπημένους τους και για την κοινωνία. Πιστεύουν ότι η σωματική ζωή και η προσωπική τους ζωή δεν έχουν πραγματική αξία: η σωματική ζωή είναι απλώς βιολογική, ενώ η προσωπική ή ουσιαστική ζωή συνίσταται στην ικανότητα επικοινωνίας για συλλογιστική σκέψη και για τη λήψη κρίσιμων αποφάσεων (Pakhu, 2015).

Επιπλέον, οι υποστηρικτές της ευθανασίας υποστηρίζουν ότι στις περιπτώσεις αυτές υπάρχει απλή ύπαρξη και ως εκ τούτου είναι άχρηστο να παραταθεί διότι δεν υπάρχει πιο προσωπική ποιότητα ζωής που να περιλαμβάνει την ελευθερία, τον έλεγχο και την ευθύνη στον ασθενή. Ο Arthur Dyck επιβεβαιώνει ότι δεν αξίζει να ζει κανείς όταν τα στοιχεία αυτά είναι παρόντα: αγωνία, ασθένεια, σωματικά ή διανοητικά μειονεκτήματα ή ακόμα και απλή απελπισία.

Σύμφωνα με τον Singer, η ποιότητα της ζωής είναι το μόνο που έχει σημασία. Συνδέει την ταλαιπωρία και την απόλαυση με την ποιότητα ζωής: όσοι πάσχουν περισσότερο από άλλους έχουν λιγότερη ή κατώτερη ποιότητα ζωής. όσοι δεν διαθέτουν αρκετά ανεπτυγμένη συνείδηση θεωρούνται χωρίς προσωπικότητα. Κατά την άποψη του Singer, το κλειδί για την αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής είναι η συνείδηση.

Η χαμηλή ή καθόλου ποιότητα ζωής είναι ακριβώς ο λόγος που οδηγεί τους περισσότερους ασθενείς να ζητήσουν τερματισμό της ζωής τους που υποστηρίζεται από την ιατρική περίθαλψη, ιδιαίτερα σε ασθενείς σε αιμοκάθαρση, καθώς η θεραπεία τους επιβάλλει σοβαρά και δυσάρεστα βάρη. Εξάλλου, τα οφέλη από τη ζωή τους δεν είναι ανάλογα με το βάρος της θεραπείας που έχει ως αποτέλεσμα χαμηλή ποιότητα ζωής.

2.6.2 Το επιχείρημα της "αγνότητας της ζωής" αντιτίθεται στην ευθανασία

Μία από τις κύριες αντιρρήσεις για την έννοια της ποιότητας ζωής που υπερασπίζεται ο δικηγόρος της ευθανασίας είναι η «αγνότητα της ζωής». Η ζωή είναι απαραβίαστα ιερή και τίποτα δεν μπορεί να δικαιολογήσει τον τερματισμό της ανθρώπινης ζωής, περιλαμβανομένης και της απαράδεκτης ταλαιπωρίας.

Όσον αφορά την ποιότητα ζωής, θεωρείται ότι κανείς δεν έχει την εξουσία να λέει ότι μια συγκεκριμένη ζωή, η ζωή ενός ασθενούς δεν αξίζει να ζει λόγω της

χαμηλής ποιότητας ζωής. Είναι ηθικά λάθος για έναν γιατρό να κρίνει την ποιότητα ζωής ενός ασθενούς: οι γιατροί δεν έχουν το δικαίωμα να το κάνουν αυτό επειδή κανείς δεν είναι αρκετά καλός να κρίνει. Βασικά, η ποιότητα της ζωής είναι υποκειμενική, αφού αποτελείται από οι προσωπικές εμπειρίες στη ζωή και η γνώμη του ασθενούς για το τι κάνει τη ζωή αξίζει τον κόπο, ως εκ τούτου ένας γιατρός ή οποιοσδήποτε άλλος δεν μπορεί να αξιολογήσει την ποιότητα ζωής ενός ασθενούς (Gentzler, 2003).

2.7 Ευθύνη της κοινωνίας

Η κύρια ευθύνη της κοινωνίας και της κυβέρνησης είναι η προστασία της ζωής. Ακριβώς, η πρωταρχική ευθύνη κάθε κοινωνίας και κυβέρνησης είναι να φροντίζει τα μέλη της και να τα προστατεύει από κάθε κίνδυνο ή απειλή. Ο ανθρώπινος λόγος καθιστά γενικά σαφές ότι η δολοφονία ενός ανθρώπινου όντος είναι ανήθικη επειδή είναι ενάντια στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα, ξεκινώντας από το θεμελιώδες δικαίωμα στη ζωή κάθε ανθρώπου.

Είναι όμως και δείγμα πολιτισμού η κατανόησή των συνθηκών που οδηγούν στην αναζήτηση λύσεων όπως η ευθανασία και η κοινωνία θα πρέπει να αφουγκράζεται αυτές τις ανάγκες. Η ευθανασία και η δολοφονία είναι έννοιες ασύνδετες καθώς στην πρώτη δεν συντελείται δόλος.

2.8 Ευθανασία: κοινωνιολογικές προοπτικές

Οι επιστημονικοί κλάδοι της κοινωνιολογίας έχουν σημαντική συμβολή στην κατανόηση της ευθανασίας. Οι κοινωνιολόγοι ενδιαφέρονται για τους παράγοντες που βρίσκονται πίσω από τη διαμόρφωση και τη διατήρηση των κανονιστικών και των κρίσεων που αποκλίνουν από τους κανόνες ηθικής. Ως εκ τούτου εξετάζουν τις παρατηρούμενες διακυμάνσεις ανάλογα με τις πεποιθήσεις και τις αξίες.

Μια συγκεκριμένη κοινωνιολογική προσέγγιση της ευθανασίας επιδιώκεται μέσα σε ένα γενικό κοινωνικό, πολιτιστικό, οικονομικό και πολιτικό πλαίσιο. Η κοινωνιολογική πτυχή εξετάζει τον τρόπο αντιμετώπισης από τους ανθρώπους της ευθανασίας, που διέπεται από τις κυρίαρχες αξίες και πεποιθήσεις της κοινωνίας σχετικά με τη ζωή και το θάνατο.

Οι διαδικασίες που σχετίζονται με το θάνατο πρέπει επίσης να είναι συμβατές με τα γενικά ηθικά πρότυπα που είναι αποδεκτά ως κανονιστικά. Τα θέματα που κυρίως προβληματίζουν αφορούν την διαδικασία που ακολουθείται, η όλη προσπάθεια που καταβάλλεται για επιτάχυνση ή ακόμη και της στιγμής του θανάτου ή για την αντιμετώπιση του σωματικού πόνου και της συναισθηματικής δυσφορίας που βιώνουν οι επιζώντες καθώς και η προετοιμασία για τον θάνατο, την εξουσία να ενεργεί η οποία ανήκει σε εκείνους που έχουν εμπειρογνώμοσύνη στη θεραπεία ή τη φροντίδα ή σε εκείνους που ισχυρίζονται συγγένεια με το άτομο που πεθαίνει.(Howarth & Jefferys, 1996)

3. Στάσεις και αντιλήψεις των φοιτητών νοσηλευτικής απέναντι στην ευθανασία

Προηγούμενες μελέτες σχετικά με την ευθανασία έχουν δείξει μεγάλες αποκλίσεις στις απόψεις που σχετίζονται με τις διαφορές :

- στην ηλικία
- το επάγγελμα
- τις θρησκευτικές πεποιθήσεις
- τη χώρα

Επιπλέον, οι στάσεις μπορούν να αλλάξουν με την πάροδο του χρόνου. Οι νέοι έχουν αποδειχθεί πιο θετικοί στην ευθανασία από τους ηλικιωμένους και το ευρύ κοινό και οι δικηγόροι φαίνονται περισσότερο υπέρ της ευθανασίας από ανθρώπους του ιατρικού επάγγελματος.

Μεταξύ των τελικά ασθενών, υπάρχουν αποτελέσματα που δείχνουν μια θετική στάση στην ευθανασία γενικά. Ωστόσο, λίγοι ασθενείς εκφράζουν μια προσωπική επιθυμία γι 'αυτό. Τα αιτήματά τους για βοήθεια στο θάνατο συσχετίζονται κυρίως με ψυχολογικούς παράγοντες όπως η κατάθλιψη και η απελπισία και οι κοινωνικοί παράγοντες όπως η κακή κοινωνική υποστήριξη και τα αισθήματα επιβάρυνσης των άλλων, οι παράγοντες και ο φόβος των μελλοντικών φυσικών συμπτωμάτων αντί των πραγματικών συμπτωμάτων.

Μια μελέτη έδειξε επίσης μια σύνδεση μεταξύ των κλινικών παραγόντων και των επιθυμιών των ασθενών να επιταχύνουν το θάνατο, όπου η προθυμία του γιατρού

να βοηθήσει τον ασθενή να επιταχύνει το θάνατο ήταν ένας σημαντικός παράγοντας που πρόβλεπε την πιθανότητα μιας τέτοιας επιθυμίας.

3.1 Φοιτητές ιατρικής

Οι φοιτητές της ιατρικής είναι νέοι και αναπτύσσουν σταδιακά μια ταυτότητα ως γιατροί σε όλη την εκπαίδευσή τους. Καθώς οι αξίες αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου, μια νέα γενιά μπορεί να φέρει διαφορετικές απόψεις στο ιατρικό επάγγελμα αλλά μπορεί επίσης να αλλάξει τις απόψεις τους όταν αφομοιώνουν τη νέα τους επαγγελματική ταυτότητα .

Προηγούμενες μελέτες σχετικά με τη στάση απέναντι στην ευθανασία μεταξύ των φοιτητών ιατρικής συνίσταντο κυρίως σε ποσοτικές μελέτες που διερευνούν τη διανομή / αριθμούς που υποστηρίζουν ή αντιτίθενται στα σταθερά επιχειρήματα σχετικά με την ευθανασία. Οι μελέτες δεν έχουν διερευνήσει τα επιχειρήματα των φοιτητών και τις ενεργές σκέψεις που υποστηρίζουν τις απόψεις τους. Στην παιδαγωγική έρευνα διαπιστώνεται ότι η διαδικασία εκμάθησης ξεκινά στις ήδη γνωστές απόψεις, και είναι σημαντικό για τους εκπαιδευτικούς να κατανοήσουν τις απόψεις των φοιτητών.

Ένα ερωτηματολόγιο που περιείχε ανοιχτές ερωτήσεις απαντήθηκε ανώνυμα από 165 φοιτητές ιατρικής πρώτης και πέμπτης χρονιάς , σε ιατρική σχολή στη Σουδία το 2007. Σύμφωνα με αυτήν την έρευνα :

Οι απόψεις των ερωτηθέντων που αντιτίθενται και υποστηρίζουν την ευθανασία είναι ως επί το πλείστον παρόμοιες με αυτές που παρουσιάστηκαν σε προηγούμενες μελέτες και φιλοσοφικά κείμενα. Τα επιχειρήματα που αντιτίθενται στην ευθανασία λόγω του ότι είναι ηθικά λανθασμένα χρησιμοποιούνται συχνά, καθώς και δηλώσεις που υποστηρίζουν την ευθανασία με βάση την αρχή της αυτονομίας και την ανακούφιση του πόνου.

Οι επιδράσεις στους ιατρούς στην περίπτωση της ευθανασίας έχουν μελετηθεί αρκούντως, αλλά υπάρχει κάποια υποστήριξη για τους φόβους των φοιτητών ότι έχουν αρνητικές επιπτώσεις στους γιατρούς συναισθηματικά και ψυχολογικά.

Το επιχείρημα ότι οι αιτήσεις για ευθανασία δεν είναι απαραίτητα πραγματικές επιθυμίες να πεθάνουν έχει συζητηθεί προηγουμένως. Σε ένα άρθρο του

Muskin, οι πιθανές έννοιες ενός τέτοιου αιτήματος συζητούνται από μια ψυχοδυναμική προοπτική, όπου το αίτημα μπορεί να περιέχει παράγοντες όπως:

- ο έλεγχος
- η οργή
- η εκδίκηση
- η απελπισία
- η ενοχή
- η αυτο-τιμωρία

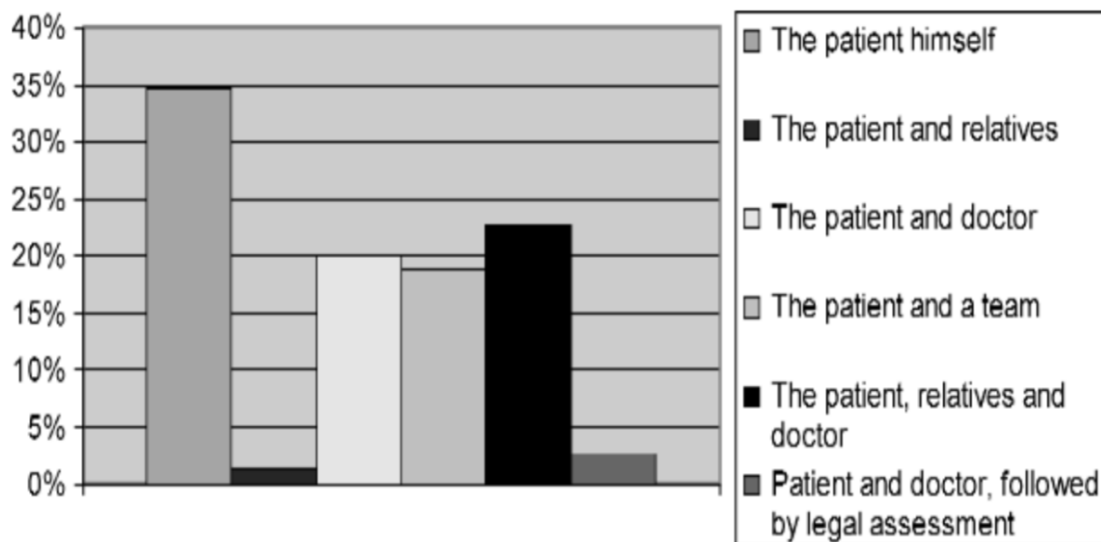
Σε συνεντεύξεις με ασθενείς από τους Mak και Elwyn, οι λόγοι των ασθενών για επιθυμία για ευθανασία σχετίζονταν με όλη τους την εμπειρία ζωής και αποκάλυψαν κρυμμένα ψυχοκοινωνικά και υπαρξιακά ζητήματα. Τα επιχειρήματα των φοιτητών μοιάζουν επίσης με αυτά που παρουσιάστηκαν από ασθενείς με ασθένειες τελικού σταδίου σε μια μελέτη του Johansen et al. όπου ο φόβος του μέλλοντος και η απελπισία ήταν οι κυριότεροι παράγοντες αιτήσεων για ευθανασία. Ωστόσο, αυτές οι επιθυμίες ήταν αμφίθυμες και κυμαινόμενες και μάλλον θα πρέπει να θεωρηθούν δυνητικές μελλοντικές διανοητικές λύσεις από μια πραγματική επιθυμία να πεθάνουν.

Οι συμμετέχοντες ανέφεραν διάφορες διαγνώσεις που προκάλεσαν την ευθανασία. Είναι ενδιαφέρον ότι πολλά από αυτά δεν χρησιμοποιούνται συνήθως στο πλαίσιο της ευθανασίας και θα είναι νομικά αμφισβητήσιμα στις χώρες που επιτρέπουν την ευθανασία (Βέλγιο και Ολλανδία) και την PAS (Ορεγκον, ΗΠΑ). Οι νόμοι που ρυθμίζουν την ευθανασία ή το PAS απαιτούν μια εθελοντική, καλά εξεταζόμενη αίτηση, μια «ενημερωμένη συγκατάθεση», για να επιτρέπεται η ευθανασία ή η PAS. Υπογραμμίζουν επίσης ότι ο ασθενής πρέπει να υποφέρει από αφόρητη ταλαιπωρία που προκαλείται από ιατρική μάταιη κατάσταση, για παράδειγμα, στο Όρεγκον, αυτό εκφράζεται ως τερματική ασθένεια με μέγιστο διάστημα προσδόκιμο ζωής αυτό των έξι μηνών.

Οι ασθενείς με διαγνώσεις γνωστικής δυσλειτουργίας δεν θα είναι σε θέση να ικανοποιήσουν το κριτήριο μιας καλά εξεταζόμενης αίτησης, η οποία απαιτεί άθικτη γνώση. Στην πραγματικότητα, αυτή η ομάδα δεν εμπίπτει ακόμη στον ορισμό της ευθανασίας που προτείνεται από την ομάδα εργασίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την Παρηγορητική Αγωγή, όπου η ευθανασία ορίζεται ως «όταν ένας γιατρός σκοπίμως σκοτώνει ένα άτομο με την εθελοντική και ικανοποιητική αίτησή του». Αν

και αυτό συμβαίνει σύμφωνα με τις αξιολογήσεις στις Κάτω Χώρες, δεν είναι νόμιμη και δεν πρέπει σύμφωνα με ορισμένους συγγραφείς να ονομάζεται ευθανασία, αλλά δολοφονία.

Οι φοιτητές τόνισαν τη σημασία της αυτονομίας ως επιχείρημα υποστήριξης της ευθανασίας. Ωστόσο, φαίνεται να υπάρχει ασυνέπεια στα επιχειρήματα των σπουδαστών που υπογραμμίζουν την αρχή της αυτονομίας και τη σημασία που έχει να στηριχθεί η απόφαση να υποβληθεί σε ευθανασία με βάση την επιθυμία του ασθενούς και ταυτόχρονα να υποστηριχθεί η ευθανασία για τους διανοητικά εξασθενημένους, σημαίνει να κάνουν μια ενημερωμένη επιλογή από μόνοι τους. Για τα άτομα με διαταραχές της διανοητικής ικανότητας που θα πρέπει να θανατώνονται ιατρικά, η απόφαση πρέπει να ληφθεί από κάποιον άλλο., απόφαση η οποία έρχεται σε αντίθεση με την αρχή της αυτονομίας. Υπάρχει επίσης ένα άλλο πρόβλημα που τονίζει το δικαίωμα του ασθενούς στην αυτονομία του όταν αιτείται για ευθανασία, καθώς υπάρχουν και άλλοι που έχουν επίσης δικαίωμα στην αυτονομία τους. Η αυτονομία του προσωπικού, που μπορεί να έχει την επιθυμία να μην συμμετάσχει, δεν αναφέρθηκε από εκείνους που υποστηρίζουν την ευθανασία.

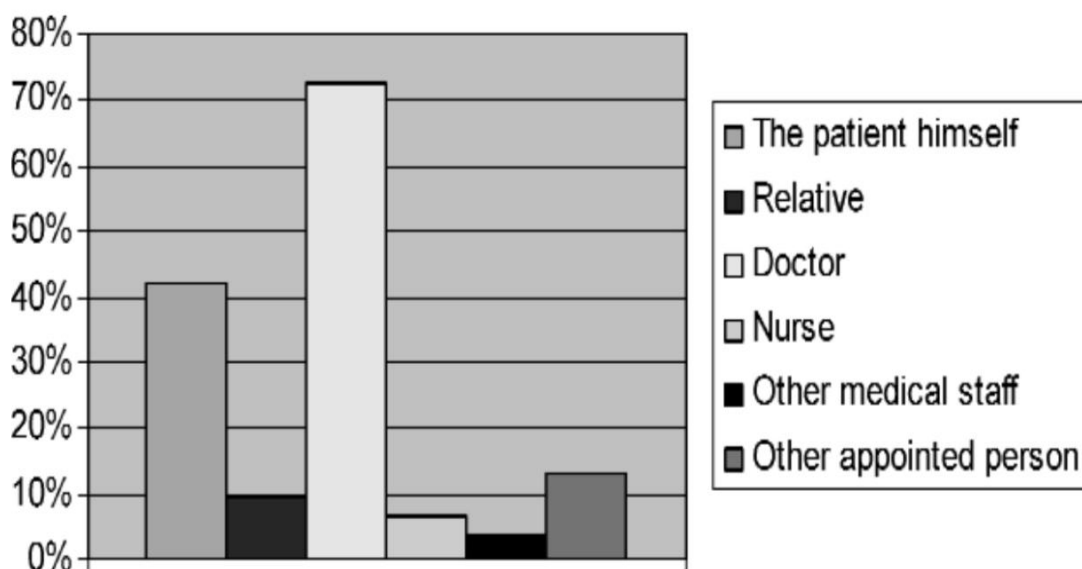


Διάγραμμα 1. Απάντηση στην ερώτηση : Ποιος πρέπει να πάρει την απόφαση της ευθανασίας;

Φαίνεται ότι υπάρχει γενικά αρνητική εικόνα μεταξύ των φοιτητών σχετικά με την ποιότητα ζωής των ατόμων με γνωστικά και σωματικά μειονεκτήματα και την κατάσταση των ηλικιωμένων. Ωστόσο, καθώς οι σπουδαστές στις περισσότερες

περιπτώσεις έχουν εργασιακή εμπειρία από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, η οποία για τους νέους φοιτητές στη Σουηδία θα ήταν γενικά η φροντίδα των ηλικιωμένων στα σπίτια συνταξιοδότησης και στις υπηρεσίες οικιακής βοήθειας καθώς και η εμπειρία μέσω των ιατρικών σπουδών τους, δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ των φοιτητών του πρώτου και του πέμπτου έτους που υποστήριζαν την ευθανασία για ηλικιωμένους, άτομα με σωματικά και σωματικά μειονεκτήματα. Έτσι, ούτε η εμπειρία ούτε η εκπαίδευση φαίνεται να έχουν επηρεάσει αυτές τις απόψεις.

Όταν είναι νέοι, πιθανώς με περιορισμένη προσωπική εμπειρία της νόσου, οι φοιτητές της ιατρικής μπορεί να θεωρήσουν τρομακτικό να φανταστούν την απώλεια της γνώσης και της ανεξαρτησίας τους, ιδιαίτερα επειδή οι περισσότεροι φοιτητές ιατρικής είναι άτομα που έχουν κάνει καριέρα με καλούς βαθμούς και υψηλή νοημοσύνη, γνωστικώς υψηλής λειτουργικότητας και σκληρής δουλειάς και για το λόγο αυτό βλέπουν αυτό ως ζωτικό συστατικό στην εικόνα τους. Δεν εκφράζεται αυτή η άποψη μόνο στις προσωπικές επιθυμίες τους σε μια πιθανή μελλοντική κατάσταση ούτε αντιπροσωπεύει την άποψή τους όταν χειρίζονται ηλικιωμένους, γνωστούς και σωματικά αναπηρικούς ασθενείς.



Διάγραμμα 2. Απάντηση στην ερώτηση : Ποιος πρέπει να εκτελέσει την ευθανασία;

Σε μια μελέτη της Carmel, φοιτητές ιατρικής και ηλικιωμένοι αξιολόγησαν τη θέλησή τους να ζήσουν και οι φοιτητές αξιολόγησαν επίσης την αντίληψή τους για τη θέληση των ηλικιωμένων να ζήσουν. Οι σπουδαστές στη μελέτη αυτή πίστευαν ότι οι ηλικιωμένοι είχαν τη βούληση να ζουν πολύ πιο αδύναμοι από τους δικούς τους και η

υποτιθέμενη θέλησή τους ήταν ασθενέστερη από εκείνη που ανέφεραν οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι. Αυτό θεωρήθηκε ότι επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο χειρίζονται τους ασθενείς. Ακόμη και σοβαρά άρρωστοι ασθενείς με καρκίνο σε παρηγορητικά στάδια μπορούν να εκτιμήσουν τη ζωή τους ιδιαίτερα αν είναι σε θέση να εξισορροπήσουν την αποδοχή και το αγωνιστικό πνεύμα και αν εξακολουθούν να έχουν αίσθηση συνοχής και είναι σε θέση να βρουν νόημα σχέσεις, κ.λπ.

Ένα ακόμη ενδιαφέρον συμπέρασμα αυτής της μελέτης ήταν ότι το ποσοστό των φοιτητών που ήθελαν να νομιμοποιήσουν την ευθανασία ήταν χαμηλότερο από το ποσοστό που το θεωρούσε ως μια μελλοντική επιλογή να τερματίσει τη ζωή τους. Αυτό μπορεί να ερμηνευθεί καθώς οι σπουδαστές μετατοπίζονται μεταξύ των διπλών τους θέσεων όταν απαντούν στις ερωτήσεις - όταν συζητούν τη νομιμοποίηση και την εφαρμογή της ευθανασίας απαντούν στους μελλοντικούς τους ρόλους ως ιατροί, ενώ όταν συζητούν για την πιθανή χρήση της ευθανασίας για τον εαυτό τους, απαντούν σε προσωπικό επίπεδο. Αλλά είναι επίσης πιθανό οι φοιτητές να έχουν διαφορετικές επιφυλάξεις στην ευθανασία. Αυτό μπορεί να προκαλέσει μια σύγκρουση στους ίδιους τους σπουδαστές, κάτι που είναι σημαντικό να αναγνωριστεί.

Παρότι οι συνεντεύξεις πιθανότατα θα παρείχαν λεπτομερέστερα δεδομένα και έφτασαν σε βαθύτερο ψυχολογικό επίπεδο σε σύγκριση με τα ερωτηματολόγια, αυτή η μελέτη (n = 165) παρείχε ένα μεγάλο ποσό πλούσιων δεδομένων από μια μεγάλη ομάδα. Το ποσοστό απάντησης ήταν 44%, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει τη δυνατότητα μεταφοράς των αποτελεσμάτων σε άλλες ομάδες φοιτητών ιατρικής. Ωστόσο, η ομάδα μελέτης ήταν παρόμοια σε σχέση με την ηλικία και το φύλο σε ολόκληρο τον φοιτητικό πληθυσμό και συνεπώς οι νοοτροπίες και οι αντιλήψεις τους έχουν σχέση με ολόκληρο τον πληθυσμό, ενώ ο ακριβής λόγος της υποστήριξης ή της αντίθετης ευθανασίας των φοιτητών δεν μπορεί να θεωρηθεί ακριβής αντανακλώντας την υποκείμενη πληθυσμιακή κατάσταση. Η υπόθεση αυτή υποστηρίζεται από παρόμοια αποτελέσματα από άλλες Σκανδιναβικές μελέτες φοιτητών ιατρικής, όπου ~ 25% υποστηρίζουν τη νομιμοποίηση της ευθανασίας.

Για να διερευνηθεί η ανάλυση των στάσεων των φοιτητών για την υποβοηθούμενη αυτοκτονία στην Ιταλία, πραγματοποιήθηκε μια μελέτη σχετικά με ένα δείγμα σπουδαστών πέμπτου και έκτου έτους (N = 160, ποσοστό ανταπόκρισης 76,2%, 59 άνδρες [36,8%] και 101 γυναίκες [63,2%], μέση \pm SD ηλικία, 24,81 \pm 1,61 έτη) στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου της Ferrara στη βορειοανατολική Ιταλία.

Οι στάσεις απέναντι στην PAS αξιολογήθηκαν με τη χρήση του

ερωτηματολογίου ευαισθητοποίησης της ευθανασίας (EAQ), ενός οργάνου 24 στοιχείων που μετρά το επίπεδο της συμφωνίας του ερωτηθέντος με την PAS μέσω 5 παραγόντων:

- (1) παγκόσμια (γενικές απόψεις προς την PAS)
- (2) παρακράτηση (στάση απέναντι στην παρακράτηση ή / και ανάκληση μέτρων διατήρησης της ζωής και χρήση οπιοειδών φαρμάκων για την ανακούφιση του πόνου), (3) φιλοσοφικά (φιλοσοφικά αποτρεπτικά της PAS)
- (4) νομικά (νομικά αποτρεπτικά της PAS)
- (5) εναλλακτικές (πιθανές εναλλακτικές λύσεις έναντι της PAS).

Πάνω από το ένα τέταρτο (28,3%) του δείγματος αναφέρθηκε ότι ήταν κάπως υπέρ ή έντονα υπέρ της PAS (παγκόσμια), ενώ ένα υψηλότερο ποσοστό (67,3%) απάντησε ότι ήταν κάπως υπέρ ή έντονα υπέρ της παρακράτησης ή / και της απόσυρσης της θεραπείας από ασθενείς με ανίατες ασθένειες . Περισσότεροι από τους μισούς (58,1%) των φοιτητών συμφώνησαν κάπως ή συμφωνούσαν έντονα ότι τα θρησκευτικά κίνητρα και ο όρκος του Ιπποκράτη παρεμποδίζουν τους ιατρούς να διευκολύνουν το θάνατο του ασθενούς και ότι το 55,1% των φοιτητών συμφώνησαν κάπως ή συμφώνησαν έντονα ότι η προσοχή στην ποιότητα ζωής θα εξαλείψει την ανάγκη για PAS. Περισσότερο από το ένα τρίτο (36,9%) του δείγματος συμφώνησε κάπως ή συμφώνησε έντονα ότι ο φόβος της νομικής ευθύνης αποτρέπει τους ογκολόγους από το να διευκολύνουν τον θάνατο του ασθενούς (νόμιμο).

Εντοπίστηκαν ενδιαφέροντα συμπεράσματα όταν αναλύθηκε η κατανομή των απαντήσεων. Για παράδειγμα, το 51,9% του δείγματος επικύρωσε την άποψη (δηλαδή συμφωνήθηκε ή συμφωνήθηκε κάπως) ότι ένα άτομο με ανίατη ασθένεια (π.χ. καρκίνος) έχει το δικαίωμα να τερματίσει τη ζωή του. Το 45,0% ευνοούσε τη νομοθεσία που επιτρέπει σε έναν ασθενή να ζητήσει από τον θεράποντα γιατρό να σταματήσει τη ζωή του και ένα παρόμοιο ποσοστό (45,7%) δεν ευνοούσε μια τέτοια νομοθεσία (δηλαδή, κάπως διαφώνησε ή έντονα διαφώνησε).

Το 32,6% συμφωνούσε με τη νομοθεσία που επέτρεπε την άσκηση ενεργού ευθανασίας, αλλά το 50,0% αντιτάχθηκε σε αυτό. Το 31,3% συμφώνησε επίσης ότι οι γιατροί που εκπαιδεύονται ειδικά στην πρακτική της ευθανασίας πρέπει να είναι διαθέσιμοι στους ασθενείς, ενώ το 55,6% διαφωνεί. Ωστόσο, μόνο το 26,3% των σπουδαστών έκρινε ότι είναι αποδεκτό να δίνει ο γιατρός οδηγίες σε έναν ασθενή με σκοπό να επιτρέψει στον ασθενή να τερματίσει τη ζωή του και το 21,3% το θεωρούσε αποδεκτό να δώσει φάρμακα σε έναν ασθενή με τέτοια πρόθεση . Η μεγαλύτερη

προσοχή στις ανησυχίες για την ποιότητα ζωής θεωρήθηκε ως ένας παράγοντας που θα εξαλείψει την ανάγκη για PAS κατά 48,8% των φοιτητών, ενώ το 56,9% πιστεύει ότι η μεγαλύτερη προσοχή στον έλεγχο του πόνου θα εξαλείψει την ανάγκη για PAS.

Περισσότερο από το ένα τρίτο (38,8%) των φοιτητών πίστευαν ότι η τρέχουσα εκπαίδευση και κατάρτιση στην παρηγορητική φροντίδα και τη διαχείριση των ασθενών είναι ανεπαρκής. Οι απαντήσεις στους παράγοντες EAQ δεν σχετίζονταν με την ηλικία και δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά κατά τη σύγκριση των απαντήσεων των EAQ για τους άνδρες και τις γυναίκες (Grassi, 2000).

Μία ακόμη έρευνα πάνω σε αυτό το αντικείμενο ήταν η έρευνα που διεξήχθη με τελειόφοιτους φοιτητές στο Κολέγιο Επιστημών Υγείας, στο Πανεπιστήμιο Dokuz Eylul 1, από τις 20 Φεβρουαρίου έως τις 21 Ιουνίου 2002. Στην Τουρκία υπήρχαν 2375 φοιτητές σε 40 κολέγια επιστημών υγείας. Οι απόφοιτοι των γυμνασίων μπορούν να παρακολουθήσουν αυτά τα σχολεία αφού πετύχουν σε κεντρικές εξετάσεις που διοργανώνονται σε όλες τις πόλεις της Τουρκίας από το τουρκικό Συμβούλιο Ανώτατης Εκπαίδευσης, το οποίο είναι άμεσα συνδεδεμένο με την Προεδρία της Τουρκικής Δημοκρατίας. Τα κολέγια των επιστημών υγείας προσφέρουν μια διετή επαγγελματική πορεία. Οι απόφοιτοι απασχολούνται ως τεχνικοί υγείας και εργάζονται ως παραϊατρικοί ασθενείς. Όλοι οι 114 τελειόφοιτοι φοιτητές που μελετούσαν την οξεία περίθαλψη, την αναισθησία, την ιατρική εργαστηριακή τεχνολογία, την ακτινολογία και την ακτινοθεραπεία κλήθηκαν να λάβουν μέρος στη μελέτη.

Οι «δεδοντολογικές αξίες και η ευθανασία» ήταν ένα διετές μάθημα που προσφέρεται ως μέρος του προγράμματος σπουδών του Κολλεγίου Επιστημών Υγείας. Ένας από τους συγγραφείς αυτής της μελέτης διδάσκει στους φοιτητές 15 μαθήματα 45 λεπτών σε ένα εξάμηνο. Έγιναν επίσημες διαλέξεις, συζητήσεις και ασκήσεις. Παρουσιάστηκαν αναφορές σχετικά με την ευθανασία. Το πρόγραμμα περιελάμβανε διδακτορικές διαλέξεις διάρκειας 45 λεπτών για τα ακόλουθα θέματα:

1. Ηθικές αξίες
2. Επαγγελματική ηθική
3. Δικαιώματα των ασθενών
4. Εν επιγνώσει συναίνεση
5. Όψεις ιατρικών παραλείψεων
6. Γενετική και ηθική
7. Μεταμόσχευση οργάνων

8. Τι είναι η ευθανασία;
9. Το νομικό καθεστώς της ευθανασίας
10. Γνώμες σχετικά με την ευθανασία στην Τουρκία και αλλού
11. Οι ασθενείς και οι συγγενείς τους, ενώ αποφασίζουν για την ευθανασία
12. Ευθανασία και αυτονομία των ασθενών
13. Ευθανασία και δικαιώματα των ασθενών

Από τους 111 σπουδαστές που συμμετείχαν στη μελέτη, το 58,3% ήταν γυναίκες και το 41,7% άνδρες. Η μέση ηλικία τους ήταν 19,59 έτη. Τα αποτελέσματα ήταν:

- Ο αριθμός των φοιτητών που υποδηλώνουν ότι κανείς δεν μπορούσε να αποφασίσει για την ευθανασία εκ μέρους ενός ασυνείδητου ασθενούς μειώθηκε.
- Το ποσοστό των φοιτητών που πίστευαν ότι ο καθένας έχει το δικαίωμα να αποφασίσει για τη ζωή και την υγεία του αυξήθηκε.
- Το ποσοστό των φοιτητών που συμφωνούν ότι ένας γιατρός που διαπράττει ευθανασία δεν θα πρέπει να τιμωρείται, και το ποσοστό που δηλώνει ότι οι γιατροί πρέπει να τιμωρούνται για την πραγματοποίηση της ευθανασίας μειώθηκε σημαντικά ($P < 0,001$).
- Οι απόψεις των σπουδαστών σχετικά με τον τύπο της τιμωρίας για τους γιατρούς που πραγματοποίησαν ευθανασία άλλαξαν επίσης. Το ποσοστό των φοιτητών που συμφωνούν με τη δήλωση «γιατροί που έχουν εκτελέσει ευθανασία πρέπει να κατηγορούνται για ανθρωποκτονία και να τιμωρούνται ανάλογα» αυξήθηκε.
- Δεν υπήρξε σημαντική αύξηση του αριθμού των φοιτητών που υποστήριζαν την ευθανασία ($P > 0,05$).
- Οι λόγοι που έδωσαν οι φοιτητές για τις αντιρρήσεις τους για την ευθανασία άλλαξαν. Ο αριθμός που σκέφτηκε ότι ήταν παράνομη αυξήθηκε. Πριν από το εκπαιδευτικό πρόγραμμα, κανένας σπουδαστής δεν χαρακτήρισε την «παράνομια» ως λόγο για την αντίρρησή του στην ευθανασία. Ωστόσο, μετά τις διαλέξεις, το 9% των φοιτητών αντιτάχθηκαν στην ευθανασία επειδή ήταν παράνομη. Μπορεί να μην γνώριζαν ότι η ευθανασία ήταν παράνομη πριν παρακολουθήσουν το μάθημα. Οι περισσότεροι από τους φοιτητές έδωσαν

«θρησκευτικές σκέψεις» ως τον κύριο λόγο για την αντίρρησή τους στην εξάσκηση της ευθανασίας .

- Οι γνωμοδοτήσεις που δεν άλλαξαν μετά το εκπαιδευτικό πρόγραμμα ήταν:
 - ◇ Το 46,6% και το 52,4% των φοιτητών δήλωσαν «ναι» στο ερώτημα «πρέπει να νομιμοποιηθεί η ευθανασία;» πριν και μετά το εκπαιδευτικό πρόγραμμα αντίστοιχα (P \bar{I} / 0,05).
 - ◇ Το 88,1% και το 87% των συμμετεχόντων χαρακτήρισαν την ευθανασία ως την «πράξη της δολοφονίας κάποιου ασθενή με προοδευτική, αφόρητη και θανατηφόρα ασθένεια και χωρίς ελπίδα θεραπείας παρά τη σύγχρονη ιατρική και διεξήχθη ανώδυνα μετά από παρατεταμένο πόνο, κατόπιν αιτήματος του ασθενούς βοήθεια του ιατρού» πριν και μετά το εκπαιδευτικό πρόγραμμα αντίστοιχα (P \bar{I} / 0,05).
 - ◇ Το 7,6% και το 10,2% των φοιτητών απάντησαν «ναι» στην ερώτηση «Έχετε αντιμετωπίσει ποτέ ένα αίτημα για ευθανασία» πριν και μετά το εκπαιδευτικό πρόγραμμα αντίστοιχα.
 - ◇ Το 81% και το 86,6% των συμμετεχόντων βρήκαν χρήσιμο να συζητήσουν την ευθανασία πριν και μετά το εκπαιδευτικό πρόγραμμα αντίστοιχα.

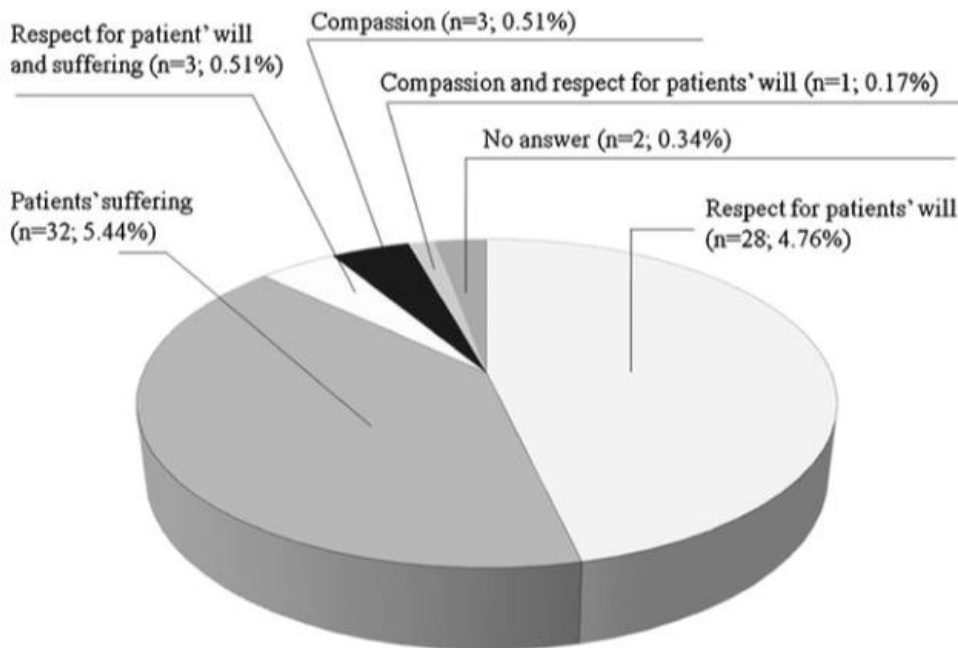
Έχουν υπάρξει λίγες μελέτες που διερευνούν τις συνέπειες της εκπαίδευσης σε απόψεις σχετικά με την ευθανασία. Εκείνες που έχουν πραγματοποιηθεί υπογράμμισαν ότι η εκπαίδευση είναι σημαντική για να κατανοηθεί η ευθανασία και ότι τα προγράμματα σπουδών στα ιατρικά σχολεία πρέπει να περιλαμβάνουν μαθήματα για το θέμα αυτό, τα οποία θα πρέπει να είναι όσο το δυνατόν εντατικότερα. Η διαπίστωση ότι οι απόψεις των φοιτητών άλλαξαν με την εκπαίδευση σε αυτό το θέμα μπορεί να εξηγηθεί με δύο τρόπους. Πρώτον, οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να έχουν ψευδείς πεποιθήσεις ή πληροφορίες σχετικά με την ευθανασία και να τη θεωρούν ως δολοφονία ή αυτοκτονία. Δεύτερον, η πορεία για την ευθανασία μπορεί να έχει προκαλέσει σε αυτούς τους φοιτητές να αναπτύξουν κάποια συμπάθεια με τους ασθενείς.

Μετά το μάθημα, υπήρξαν αλλαγές στις απαντήσεις στις ερωτήσεις σχετικά με το εάν κάποιος έχει το δικαίωμα να αποφασίσει για τη ζωή του και ποιος θα πρέπει να αποφασίσει για την ευθανασία για έναν ασυνείδητο ασθενή. Ο αριθμός των φοιτητών υπέρ του δικαιώματος των ασθενών να αποφασίζουν για τη ζωή τους αυξήθηκε. Ωστόσο, ο αριθμός των φοιτητών που πιστεύουν ότι κανείς δεν μπορεί να αποφασίσει για την ευθανασία για έναν ασυνείδητο ασθενή μειώθηκε.

Οι φοιτητές έμαθαν για ορισμένες πτυχές της ευθανασίας, όπως το νομικό καθεστώς της στην Τουρκία και σε άλλες χώρες του κόσμου, που τους οδήγησε να αλλάξουν μερικές από τις απόψεις τους. Με την εκμάθηση ότι η ευθανασία δεν είναι νόμιμη στην Τουρκία, την απέρριψαν εξαιτίας της παράνομης φύσης της. Όταν έμαθαν τη φύση της παθητικής ευθανασίας, ο αριθμός των φοιτητών που πιστεύουν ότι η ευθανασία ασκείται στην Τουρκία αυξήθηκε.

Η έρευνα ερωτηματολογίου που διεξήχθη κατά τα έτη 2008-2009 μεταξύ φοιτητών ιατρικής σε δύο ιατρικά πανεπιστήμια Poznan και Lodz, στην Πολωνία δίνει και αυτή πολύ ενδιαφέροντα ευρήματα για τις απόψεις των φοιτητών πάνω στο θέμα της ευθανασίας. Τα γραπτά ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν οικειοθελώς και ανώνυμα με την ολοκλήρωση των υποχρεωτικών μαθημάτων παρηγορητικής ιατρικής, τα οποία περιελάμβαναν 30 ώρες στο Πόζναν (για σπουδαστές ιατρικής πέμπτης και έκτης χρονιάς) και Lodz (για φοιτητές του 6ου έτους). Κατά τη διάρκεια των θεωρητικών διαλέξεων, των σεμιναρίων και των πρακτικών μαθημάτων στα δύο πανεπιστήμια παρέχονταν βασικές γνώσεις σχετικά με τη διαχείριση των συμπτωμάτων καθώς και την ψυχολογική, κοινωνική και πνευματική υποστήριξη. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια μαθημάτων παρηγορητικής ιατρικής, δεν υπήρξε ειδική συζήτηση για την ευθανασία σε κανένα από τα δύο ιατρικά πανεπιστήμια.

Τόσο οι ορισμοί της ευθανασίας όσο και της PAS ήταν γνωστοί σε 468 (79,59%) ερωτηθέντες, ένας ορισμός ήταν γνωστός σε 84 (14,29%) και 36 (6,12%) ερωτηθέντες δεν ήταν εξοικειωμένοι με κανένα από αυτά. Τα επιχειρήματα των φοιτητών υπέρ της πρακτικής της ευθανασίας παρατίθενται στο Διάγραμμα 3. Η νομιμοποίηση της ευθανασίας ή της PAS μπορεί να οδηγήσει σε κατάχρηση σύμφωνα με 481 (81,80%) φοιτητές, 69 (11,73%) απάντησαν ότι δεν θα ήθελαν και 38 (6,46%) ότι δεν ήξεραν.



Διάγραμμα 3. Τα επιχειρήματα υπέρ της πρακτικής της ευθανασίας από 69 φοιτητές (11,73%)

Η πλειοψηφία δεν θα εκτελούσε ευθανασία ή PAS (52%), με το 37% να είναι αναποφάσιστο. Οι συχνότεροι λόγοι για την πρακτική της ευθανασίας ήταν ο σεβασμός της θέλησης των ασθενών και η ανάγκη να σταματήσουν τα βάσανα των ασθενών. Οι αντίπαλοι της ευθανασίας αντιστοιχούσαν με το 59% των φοιτητών που θα επέλεγαν τον φυσικό θάνατο στην περίπτωση της ανίατης ασθένειας τους ή της οικογένειάς τους. Ωστόσο, σημαντικά περισσότεροι σπουδαστές θα επιλέξουν την ευθανασία ή την PAS (34%) για τον εαυτό τους ή τους συγγενείς τους παρά να το εκτελούν σε ασθενείς (12%). Είναι πιθανό η απόφαση σχετικά με τους ασθενείς να είναι πιο δύσκολη, καθώς την απάντηση "δεν ξέρω" έδωσε το 37% των φοιτητών σχετικά με την ευθανασία που διεξήχθη σε ασθενείς και το 6% αναφέρεται στην ευθανασία γι' αυτούς (Leppert, 2013).

Όσον αφορά τη νομιμοποίηση της ευθανασίας, το 47% των αντιπάλων αντιστοιχούσε με το 56% των φοιτητών που υποστήριζαν τον παρόντα νόμο για την ευθανασία και την PAS. Αν και η νομιμοποίηση της ευθανασίας ή της PAS υποστηρίχθηκε από το 30% των φοιτητών και το 23% δεν απάντησε στην ερώτηση, πάνω από το 80% των φοιτητών πίστευαν ότι η νομιμοποίηση της ευθανασίας ή της PAS θα μπορούσε να οδηγήσει σε κατάχρηση. Μπορεί να φανεί ότι παρόλο που οι σπουδαστές που συμφωνούν ή είναι αβέβαιοι για τη νομιμοποίηση της ευθανασίας

ανησυχούν παρ' όλα αυτά για την πιθανή κατάχρηση αυτής της κατάστασης. Αυτό συμφωνεί με μια γερμανική μελέτη στην οποία το 72-78% των φοιτητών πιστεύουν ότι η νομιμοποίηση της ευθανασίας θα μπορούσε να οδηγήσει σε κατάχρηση (Clemens , 2008). Εντούτοις, σε μια συγκριτική μελέτη, η αποδοχή για ευθανασία μεταξύ των φοιτητών ιατρικής της πρώτης χρονιάς ήταν σημαντικά χαμηλότερη (48%) από τους Σουηδούς (61%, $p < 0,007$) και τους Γερμανούς (82%, $p < 0,0001$) (Mierzecki, 2010).

Στο πλαίσιο του ενδιαφέροντος να γνωρίζουμε ποιες στάσεις σχετικά με την ευθανασία επικρατούν μεταξύ των γιατρών του μέλλοντος, η παρούσα μελέτη που αναλύει τη στάση απέναντι στην ενεργητική ευθανασία των φοιτητών ιατρικής στο Ιατρικό Πανεπιστήμιο του Graz και διεξήχθη σε μια περίοδο 9 ετών, είναι πολύ σημαντική ιδιαίτερα λόγω του χρόνου στον οποίο διεξήχθη.

Η περίοδος έρευνας από το 2001 έως το 2009 αποκαλύπτει μια τεράστια αλλαγή στη στάση των φοιτητών από ιατρική άποψη έναντι της ενεργού ευθανασίας υπό ιατρική παρακολούθηση. Η παρατηρούμενη τάση είναι σύμφωνη με την αλλαγή της κοινής γνώμης σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Οι έρευνες που διεξήχθησαν στο γενικό πληθυσμό της Αυστρίας κατά τα έτη 2000 και 2009 χρησιμοποιώντας συγκρίσιμα ερωτήματα έδειξαν επίσης αυξημένη αποδοχή της ενεργού ευθανασίας από περίπου 49% έως 62% . Το ιατρικό πρόγραμμα δεν προσέφερε φροντιστήρια ειδικά αφιερωμένα σε ηθικά ζητήματα, όπως αποφάσεις λήξης ζωής. Αυτό το ιατρικό αναλυτικό πρόγραμμα παρέμεινε αμετάβλητο κατά την εξεταζόμενη περίοδο. Έτσι, η παρατηρούμενη τάση δεν μπορεί να οφείλεται σε μεταβολή του περιεχομένου της κατάρτισης σε θέματα ευθανασίας.

Ταυτόχρονα, υπάρχουν μετατοπίσεις στα προαναφερθέντα κίνητρα, τα οποία συνδέονται πιθανότατα με αυτήν την αλλαγή στάσης. Οι ηθικές πεποιθήσεις και η ηθική κατανόηση του ρόλου των ιατρών φαίνεται να υποχωρούν πίσω από μια υψηλότερη εκτίμηση του σεβασμού της αυτονομίας του ασθενούς και των πτυχών ευεργεσίας. Από αυτή την άποψη, οι στάσεις των μελλοντικών γιατρών φαίνεται να προσεγγίζουν την προσέγγιση που επικρατεί στην ολλανδική πρακτική της ευθανασίας, την οποία οι van Delden et al αναφέρουν:

« ότι το αίτημα του ασθενούς δεν είναι η μόνη βάση για την απόφαση του ιατρού. Επομένως, η ευθανασία βασίζεται πάντα στην αυτονομία και την ευεργεσία. Σε τέτοιες περιπτώσεις ακραίων ταλαιπωριών, η ζωή θα μπορούσε δικαιολογημένα να τερματιστεί χωρίς το ρητό αίτημα του ασθενούς »

Τις τελευταίες δεκαετίες υπήρξε μια μετατόπιση της στάσης απέναντι σε περισσότερη ελευθερία και ατομική κρίση βασισμένη σε μια φιλελεύθερη άποψη του κόσμου, ενώ οι θρησκευτικές πεποιθήσεις μειώνονται. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι αυτή η μετατόπιση διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην αυξανόμενη αποδοχή της ευθανασίας. Η έμφαση σε ένα αυτόνομο άτομο, ελεύθερο να επιλέξει μεταξύ σωστού ή λάθους ανεξάρτητα από την κατάσταση της ζωής, είναι, ωστόσο, ιδανική έννοια που δεν ισχύουν πάντα για την κατάσταση ζωής ασθενών με τελική ασθένεια (Stronegger, 2011).

Ακόμα μία έρευνα που απευθύνθηκε σε εκπαιδευόμενους γιατρούς αυτή τη φορά στο στάδιο της ειδικότητάς τους ήταν αυτή των Loria et al., (2013) που πραγματοποιήθηκε στο Μεξικό με ένα ερωτηματολόγιο που απαντήθηκε από 140 ειδικευόμενους και 99 φοιτητές ιατρικής τρίτης ή τέταρτης χρονιάς . Κύρια ερωτήματα ήταν η συμφωνία με την PAD, την απόσυρση της θεραπείας (TW) και το εξατομικευμένο PAD (PPAD) και για το αν οι ίδιοι οι συμμετέχοντες θα ζητούσαν βοήθεια για να πεθάνουν.

Το πενήντα τοις εκατό των 239 συμμετεχόντων συμφώνησε με την PAD, ενώ το 58% συμφώνησε με την TW μετά από οικογενειακό αίτημα. Και οι δύο αναλογίες είναι υψηλότερες από αυτές που είχε παρατηρηθεί από τους συγγραφείς σε προηγούμενη έρευνα των (Lisker , 2008) σε σχεδόν 1.000 γιατρούς (39 και 48% αντίστοιχα). Πιστεύεται ότι αυτή η διαφορά συνδέεται με την ηλικία ή / και την ιατρική εμπειρία, δηλαδή το 91% των προηγούμενων συμμετεχόντων ήταν μεγαλύτεροι από τους σημερινούς και το 71% είχε ιατρική πρακτική άνω των 10 ετών σε σύγκριση με την μηδενική επαγγελματική εμπειρία στην τρέχουσα μελέτη. Η ηλικία μπορεί να ενεργεί ως υποκατάστατο των εξελισσόμενων κοινωνικών αξιών που συνδέονται με την αυξανόμενη αποδοχή της ευθανασίας από τις νεότερες γενιές.

Παρόλο που οι ειδικευόμενοι σε αντίθεση με τις προηγούμενες παρατηρήσεις δεν έφθασαν στη στατιστική σημασία της θρησκείας και της μη αποδοχής του PAD, τα συνολικά αποτελέσματά μας συμφωνούν με την προηγούμενη δουλειά μας και με τις μελέτες στις Ηνωμένες Πολιτείες ότι τα θρησκευτικά κίνητρα οδηγούν στην αντίθεση να βοηθήσουν τους ασθενείς να πεθάνουν.

Μια πρόσθετη παρατήρηση ήταν ότι οι φοιτητές θρησκευτικών σχολείων προσπάθησαν να βοηθήσουν να πεθάνουν συχνότερα για τον εαυτό τους παρά για τους ασθενείς (48 έναντι 33%), ένα συμπέρασμα που συμφωνεί με τα προηγούμενα δεδομένα σε παλαιότερους γιατρούς (46 έναντι 39%) έρχεται σε αντίθεση με το

γεγονός ότι οι σπουδαστές LAMS και οι νέοι κάτοικοι της παρούσας μελέτης είχαν λιγότερη αποδοχή από το PAD για τους ίδιους τους ασθενείς παρά για τους ασθενείς (Πίνακας 2). Αυτές οι παρατηρήσεις ενδέχεται να υποδηλώνουν ότι οι σπουδαστές RAMS ενδέχεται να υστερούν στις εξελισσόμενες κοινωνικές αξίες, γεγονός που οδηγεί σε μεγαλύτερη συμφωνία για την ευθανασία στο Μεξικό. Ωστόσο, δεν μπορούμε να αποκλείσουμε το ενδεχόμενο ότι η διαφορά μπορεί να οφείλεται σε σπουδαστές RAMS που έχουν ισχυρότερη αποδοχή της πρόνοιας του να μην «βλάψουν τον ασθενή».

Όσον αφορά τις συμπληρωματικές ερωτήσεις, ο Πίνακας 3 δείχνει ότι περισσότεροι από τους μισούς φοιτητές του LAMS που συμφωνούν με το PAD συμφωνούν επίσης με έναν γιατρό πρόθυμο να συνταγογραφήσει / ενέσει ένα θανατηφόρο φάρμακο και να βοηθήσει σε μη νόμιμο PAD, υποδεικνύοντας μια ισχυρή στάση υπέρ της ευθανασίας. Αλλά τα νομικά θέματα ήταν επίσης σημαντικά, δηλαδή μεταξύ εκείνων που ήσαν αβέβαιοι ή αντίθετοι με το PAD, το 25,58% θα αναστρέψει την απόφασή τους εάν νομιμοποιούνταν οι διαδικασίες και το 42 με το 54% των ατόμων που δεν επιθυμούσαν να αποσύρουν τη θεραπεία θα αντιστρέψει την απόφαση, συγκατάθεση του ασθενούς. Αυτές οι παρατηρήσεις συμφωνούν με το προηγούμενο συμπέρασμά μας ότι «η μεταβλητή με την υψηλότερη πιθανότητα να εγκρίνει και τα δύο σενάρια ήταν νομικής φύσης». Στην Αργεντινή, το 63% των γιατρών θα συμφωνούσε με την ευθανασία εάν νομιμοποιήθηκε, ενώ στην Ισπανία το 60% των γιατρών θα ήθελε να νομιμοποιήσει την ευθανασία.

3.1 Φοιτητές παραϊατρικών επαγγελματιών

Για να ερευνήσουν τις στάσεις απέναντι στην PAS, την εκούσια (AVE) και παθητική (PE) ευθανασία σε φοιτητές παραϊατρικών επαγγελματιών στην Φινλανδία δημιουργήθηκαν τρεις ομάδες μελέτης:

1. Ένα τυχαίο δείγμα 814 ιατρών, που προέρχεται από το εθνικό μητρώο της Φινλανδικής Ιατρικής Ένωσης.
2. Ένα τυχαίο δείγμα 800 νοσηλευτών, που προέρχονται από το εθνικό μητρώο της φινλανδικής νοσηλευτικής ένωσης.
3. Ένα γενικό δημόσιο δείγμα 1000 ατόμων ηλικίας 18 - 65 ετών, το οποίο προέρχεται τυχαία από το Φινλανδικό Εθνικό Μητρώο Πληθυσμού.

Ένα ερωτηματολόγιο αποστάλθηκε σε όλα τα μαθήματα την άνοιξη του 1998. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο μέρη:

Μέρος 1. Ένα φύλλο δεδομένων υποβάθρου που ζητά πληροφορίες σχετικά με το φύλο, την ηλικία, την κατοχή, το επαγγελματικό καθεστώς, την επαγγελματική ικανοποίηση, τις αυτοαναφερόμενες θρησκευτικές πεποιθήσεις, τη στάση απέναντι σε διαφορετικά είδη ηθικών θεμάτων και εντυπώσεις θανάτου από τους ερωτηθέντες. Οι ερωτήσεις σχετικά με την επαγγελματική απασχόληση προσαρμόστηκαν ανάλογα με την ομάδα-στόχο. Στην παρούσα μελέτη δεν χρησιμοποιήθηκαν όλες οι πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν.

Ο θεολογικός προσανατολισμός των ερωτηθέντων εκτιμήθηκε θέτοντας μία ερώτηση: «Ανεξάρτητα από το γεγονός ότι παρευρίσκεσαι σε εκκλησία ή όχι, είσαι

- (1) θρησκευόμενος
- (2) ορθολογικός άνθρωπος
- (3) άθεος
- (4) δεν θέλω να πω

Μεταξύ του καταλόγου των διαφόρων δεοντολογικών ζητημάτων, υπήρχε ένα ζήτημα σχετικά με την ευθανασία. Οι ερωτηθέντες τέθηκαν στην ερώτηση. «Είναι αποδεκτά ή όχι τα ακόλουθα θέματα: η ευθανασία - η λήξη της ζωής των τελικά ασθενών». Οι ερωτηθέντες ήταν σε θέση να επιλέξουν από δέκα επιλογές, από 1 (ποτέ αποδεκτή) έως 9 (πάντα αποδεκτή) και 10 (δεν μπορούμε να πούμε).

Μέρος 2. Το κύριο ερωτηματολόγιο ήταν το ίδιο και για τις τρεις ομάδες-στόχους. Αυτό το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε πέντε σημαντικά σενάρια ασθενών.

1. έναν ασθενή με καρκίνο
2. έναν ασθενή με σοβαρή άνοια
3. έναν ασθενή με διανοητική καθυστέρηση
4. έναν ασθενή με κατάθλιψη
5. έναν ασθενή παράλυτο

Η ηλικία του φανταστικού ασθενούς ήταν ποικίλη και τυχαία, εκτός από τον ασθενή με άνοια, η ηλικία του οποίου ήταν πάντα 80 έτη. Στο σενάριο του καρκίνου, η ηλικία του ασθενούς μεταβλήθηκε από 20, 30, 60 ή 80 έτη στην περίπτωση της

PAS και των 10, 30, 60 ή 80 ετών στην περίπτωση της AVE και της PE. Ο ασθενής με διανοητική καθυστέρηση επίσης διέφερε από 10, 30 ή 50 έτη. Στις περιπτώσεις σοβαρής κατάθλιψης και στον παράλυτο ασθενή, η ηλικία ήταν 20, 40 ή 60 έτη. Προετοιμάστηκαν οκτώ διαφορετικά ερωτηματολόγια και κάθε ερωτηθέμενος έλαβε μόνο ένα τυχαίο. Σε κάθε σενάριο, τα αποτελέσματα αναλύθηκαν με τη διασταύρωση του πίνακα και την επιλογή που επέλεξε ο ανταποκριτής.

Ο καρκίνος περιγράφηκε διαφορετικά σε δύο σενάρια, τα οποία ποικίλλουν τυχαία. Πρώτον, ο καρκίνος περιγράφεται ως ανίατος και επώδυνος. Σε ορισμένες περιπτώσεις δηλώθηκε μόνο ότι ο καρκίνος ήταν ανίατος. Δεύτερον, σε ορισμένες περιπτώσεις, ο καρκίνος περιγράφηκε μόνο ως θανατηφόρος και σε άλλες υποδείχθηκε ότι ο θάνατος επήλθε σε σύντομο χρονικό διάστημα. Έτσι, η πρόγνωση της νόσου παρουσιάστηκε σύμφωνα με την οδυνηρότητα και το προσδόκιμο ζωής.

Σε κάθε περίπτωση ασθενούς, οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να αποκαλύψουν τη στάση τους απέναντι στις PAS, AVE και PE όποτε ήταν δυνατόν. Όσον αφορά την περίπτωση του κάθε ασθενούς, οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να υποδείξουν τη γνώμη τους σχετικά με την αποδοχή των PAS, AVE και PE ως ξεχωριστές αξιολογήσεις. Οι ερωτηθέντες μπόρεσαν να αξιολογήσουν τις αποφάσεις τους σε κλίμακα 5 σημείων. (1) συμφωνώ απόλυτα, (2) συμφωνώ, (3) χωρίς γνώμη, (4) διαφωνώ και (5) διαφωνώ απόλυτα.

Ένα πρόβλημα στη μελέτη ήταν η πίεση της πολιτικής ορθότητας, δηλαδή όταν οι άνθρωποι έχουν την τάση να απαντούν σε ερωτήσεις σχετικά με ένα συγκεκριμένο θέμα σύμφωνα με αυτό που θεωρούν κοινή και αποδεκτή. Θεωρήθηκε από τους συγγραφείς μια μεθοδολογία βασισμένη σε σενάρια για να αποκαλύψουν συμπεριφορές που είναι πιο απαλλαγμένες από κοινωνικούς περιορισμούς και έτσι αντανακλούν καταστάσεις πραγματικής ζωής καλύτερα από άλλες μεθόδους.

Τα ποσοστά ανταπόκρισης σε αυτή τη μελέτη ήταν μέτρια (γιατροί 62%, νοσηλευτές 73%, γενικό πληθυσμό 59%). Το ερωτηματολόγιο ίσως ήταν πιο προβληματικό για τους γιατρούς και τους νοσοκόμους, αλλά ίσως πιο δύσκολο για το ευρύ κοινό. Θεωρήθηκε ότι οι μη απαντήσεις έχουν προκύψει από έλλειψη ενδιαφέροντος ή χρονικών περιορισμών και δεν έχουν σημαντικές πηγές συστηματικής θνησιμότητας. Οι Αμερικανοί, για παράδειγμα, είναι πιθανότερο να πέσουν στην κατηγορία των μη ανταποκρινόμενων και οι απόψεις τους μπορεί να διαφέρουν από αυτές της υγιούς ανθρώπους, αλλά θα ήταν μόνο ένα μικρό μέρος του συνολικού πληθυσμού.

Πριν από τη διεξαγωγή της μελέτης, πραγματοποιήσαν δύο χωριστές πιλοτικές μελέτες. Πρώτα στους 50 φοιτητές της υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίοι ολοκλήρωσαν την πρώτη έκδοση του ερωτηματολογίου και το έκαναν και πάλι μετά από 2 εβδομάδες προκειμένου να αποκτήσουν την αξιοπιστία δοκιμής - επανεξέτασης. Τα πρώτα αποτελέσματα ήταν χαμηλά και η δοκιμή αξιοπιστίας είχε ως αποτέλεσμα τιμές kappa που κυμαίνονταν από 0,0 έως 0,4. Ακολούθως, το ερωτηματολόγιο αναθεωρήθηκε πλήρως και διοχέτευσε μια νέα δοκιμασία - επανέλεγχο με 70 άλλους φοιτητές. Αυτή η νέα δοκιμή απέφερε καλύτερα αποτελέσματα και οι τιμές kappa κυμάνθηκαν από 0,10 έως 0,60.

Σε σύγκριση με προηγούμενες μελέτες που βασίζονται σε σενάρια, επιτύχαν παρόμοια αποτελέσματα με αυτά των Fried et al, όπου αναφέρθηκε ότι η πλειονότητα των γιατρών δέχτηκε περισσότερο την παρακράτηση της θεραπείας σε περιπτώσεις ασθενών σε τελικό στάδιο. Σε σύγκριση με τα αποτελέσματα που αναφέρθηκαν από τους Shapiro et al, οι Φινλανδοί γιατροί έδειξαν ευρύτερη αποδοχή της AVE. Η ηλικία των ασθενών και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις είχαν επίσης ισχυρή επίδραση στις στάσεις απέναντι στις AVE, PAS και PE.

Σε σύγκριση με άλλες μελέτες, τα αποτελέσματά αυτά έδειξαν ομοιότητες με αποτελέσματα που αναφέρθηκαν από αγγλόφωνες χώρες του κόσμου. Στα σενάρια του ανίατου καρκίνου ή της σοβαρής διανοητικής καθυστέρησης, η PE υποστηρίχθηκε από την πλειονότητα των ερωτηθέντων σε όλες τις ομάδες μελέτης. Το ευρύ κοινό φάνηκε να δέχεται την AVE και την PAS πιο εύκολα απ' ό, τι οι ιατρικοί επαγγελματίες. Η AVE και η PAS ανέλαβαν να βοηθήσουν σε σχέση με την PE, η οποία ορίστηκε ως παρακράτηση της θεραπείας (Ryynänen, 2002).

Πολύ μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη σκοπός της οποίας ήταν η διερεύνηση της στάσης των φοιτητών του νοσηλευτικού ιδρύματος προς την ευθανασία. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν θα συμβάλουν στα δεδομένα σχετικά με τις στάσεις των εργαζομένων στον τομέα της υγείας στην ευθανασία στην Τουρκία ως κοσμική μουσουλμανική χώρα.

Οι επαγγελματίες νοσηλευτές είναι τα άτομα που φροντίζουν αυτούς τους ασθενείς. Οι νοσηλευτές και οι σπουδαστές ενδέχεται να αντιμετωπίσουν ηθικά διλήμματα και έλλειψη νομικής βάσης και σύγκρουσης κοινωνικών και πολιτιστικών αξιών σχετικά με την ευθανασία που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τον επαγγελματισμό τους και τις προσωπικές ηθικές τους πεποιθήσεις. Επομένως, οι

προσεγγίσεις των ασθενών και των νοσοκόμων προς την ευθανασία έχουν μεγάλη σημασία.

Στις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στους ασθενείς και τις οικογένειές τους, οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν σημαντικά καθήκοντα. Ωστόσο, οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν συχνά συναισθήματα φόβου, οργής, απελπισίας, ενοχής και ανεπάρκειας, ενώ παράλληλα παρέχουν φροντίδα σε αυτούς τους ασθενείς και οικογένειες. Θεωρείται ότι αυτό το γεγονός μπορεί να έχει αρνητικό αντίκτυπο στη φροντίδα αυτών των ασθενών και των οικογενειών και των πρακτικών που τους αφορούν. Είναι απαραίτητο να προσδιοριστούν παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση των φοιτητών νοσηλευτικής σχετικά με την ευθανασία, τη ζωή και το θάνατο. Είναι πολύ σημαντικό να βοηθήσουμε τους φοιτητές να αποκτήσουν επαγγελματική συμπεριφορά και συμπεριφορά αυξάνοντας την συνειδητοποίηση των δικών τους συναισθημάτων και σκέψεων σε σχέση με το θέμα.

Η μελέτη, η οποία είχε περιγραφικό σχεδιασμό, διεξήχθη σε 600 φοιτητές: οι φοιτητές νοσηλευτές 1ου, 2ου, 3ου και 4ου έτους σε ένα σχολείο νοσηλευτικής μεταξύ 2 Μαΐου 2009 και 26 Μαΐου 2009 και 383 φοιτητές έδωσαν συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης. Το κριτήριο ένταξης ήταν η προθυμία συμμετοχής στη μελέτη.

Οι στάσεις απέναντι στην ευθανασία επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες όπως ο πολιτισμός, οι νόμοι, οι ηθικές αρχές και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις. Σε αυτή τη μελέτη, το 35,5% των φοιτητών ήταν κατά της ευθανασίας λόγω των θρησκευτικών πεποιθήσεών τους. Οι περισσότεροι στην Τουρκία είναι μουσουλμάνοι, και σύμφωνα με το Ισλάμ, η ζωή μπορεί να τερματιστεί μόνο από τον Δημιουργό, όχι από κανένα ανθρώπινο ον (Oguz, 1996). Σε μια μελέτη που διεξήχθη στην Τουρκία, το 78,6% των νοσοκόμων ήταν κατά της ευθανασίας για θρησκευτικούς λόγους (Terehan et al., 2009). Αυτό υποδηλώνει ότι οι θρησκευτικές πεποιθήσεις μπορούν να επηρεάσουν τη στάση απέναντι στην ευθανασία, στην παρούσα μελέτη, το 32,4% των φοιτητών αντιτίθενται στην ευθανασία.

Στη μελέτη αυτή, το 35,2% των φοιτητών διαπίστωσε ότι η ευθανασία είναι ανήθικη και το 53% των φοιτητών πιστεύουν ότι η ευθανασία μπορεί να καταστρατηγηθεί. Οι περισσότεροι από τους φοιτητές (69%) δεν γνώριζαν ότι η παθητική ευθανασία ήταν παράνομη στην Τουρκία. Η παθητική ευθανασία, ειδικότερα, είναι μια κοινή πρακτική μεταξύ των τουρκικών γιατρών, αλλά σπάνια αναφέρεται. Είναι κρυμμένο ή εξορθολογισμένο από τους επαγγελματίες, συνεπώς η

διαδικασία δεν έχει αποδεκτούς κανόνες ή βάση (Oguz, 1996). Επιπλέον, η απόφαση Do-Not-Resuscitate (DNR) δεν είναι νόμιμη σε αυτή τη χώρα.

Όπως αναφέρεται σε μια μελέτη του Aksoy (2003), παρόλο που η απόφαση για την DNR δεν είναι νόμιμη, αυτό δεν σημαίνει απαραίτητα ότι η πρακτική δεν εκτελείται: πολλοί γιατροί και νοσηλευτές έχουν αναφέρει ότι η απόφαση DNR λαμβάνεται οικειοθελώς ή ακούσια με αναισθησία και σε τμήματα αναζωογόνησης και σε κλινικές εντατικής θεραπείας (Aksoy 2003). Εξάλλου, η έλλειψη νομικής βάσης για το DNR, ακόμη και όταν είναι η επιλογή του ασθενούς, είναι ένα εξαιρετικά σημαντικό βιοηθικό πρόβλημα (Ozcelik, 2010). Η στάση των φοιτητών απέναντι στην ευθανασία μπορεί να αποδοθεί στο ηθικό πρόβλημα που αφορά το θέμα αυτό κάθε αυτό . Ως εκ τούτου, δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι οι περισσότεροι φοιτητές σκέφτονται με αυτόν τον τρόπο.

Οι στάσεις και η συμπεριφορά των επαγγελματιών της υγείας και των σπουδαστών στην ευθανασία επηρεάζονται στενά από την εμπειρία τους από την εργασία με ασθενείς και τις οικογένειές τους. Οι φοιτητές νοσηλευτικής αντιμετωπίζουν συχνά φόβο, θυμό, απελπισία, ενοχή και ανεπάρκεια, ενώ δίνουν προσοχή στους ασθενείς και στις οικογένειές τους (Koc & Saglam, 2008).

Οι απαντήσεις και τα συναισθήματα των φοιτητών ποικίλλουν ιδιαίτερα ανάλογα με το σχολικό τους έτος. Ενώ οι φοιτητές του 1ου έτους γνώρισαν αυτά τα συναισθήματα πιο έντονα, οι φοιτητές στο 2ο, 3ο και 4ο έτος που προσέφεραν τη φροντίδα στους ασθενείς και τις οικογένειές τους σε κλινικά περιβάλλοντα αντιμετώπιζαν αυτό το άγχος λιγότερο. Θεωρείται ότι αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι αυτοί οι φοιτητές συναντούν τους ασθενείς και τις οικογένειές τους συχνά και σε διαφορετικά κλινικά περιβάλλοντα, όπου αποκτούν εμπειρία φροντίδας τους (Koc et al., 2008).

Υπάρχουν διάφορες μελέτες που δηλώνουν ότι η εκπαίδευση που παρέχεται από τα νοσηλευτικά σχολεία δεν επαρκεί για να μειώσει το άγχος και το φόβο σε φοιτητές που εργάζονται με ασθενείς (Cooper & Barnett, 2005). Το γεγονός ότι η μεγάλη πλειοψηφία των φοιτητών στη μελέτη αυτή δεν έχει λάβει καμία εκπαίδευση ή κατάρτιση σχετικά με την ευθανασία δείχνει έλλειψη κατάρτισης σε αυτό το θέμα.

Η ευθανασία δεν αποτελεί νομικό ζήτημα και αποτελεί παραμελημένο θέμα στην Τουρκία, όπου το πρόγραμμα σπουδών των σχολών φυσικοθεραπείας δεν περιλαμβάνει την ευθανασία. Οι επαγγελματίες και εκπαιδευόμενοι φυσικοθεραπευτές δεν είχαν ερωτηθεί για την άποψή τους πάνω σε αυτό το θέμα ,ως

εκ τούτου, τα ερωτήματα της έρευνας των Cavlak, et al., (2007) καθόρισαν αν οι συμμετέχοντες στη μελέτη είχαν «γνώση σχετικά με την ευθανασία». Όπως θα περίμενε κανείς, λιγότεροι φοιτητές φυσικοθεραπείας (PS) από τους επαγγελματίες φυσικοθεραπευτές (PTs) γνώριζαν αυτό το θέμα.

Όταν συγκρίθηκαν οι ομάδες, διαπιστώθηκε ότι οι PT είχαν πιο θετική στάση απέναντι στην ευθανασία από ότι οι PS. Σχεδόν οι μισοί από τους PT και το 40% των PS συμφωνούσαν με την ευθανασία. Δύο μελέτες του Gard et al, ωστόσο, περιγράφουν τις αντιλήψεις των φυσικοθεραπευτών για την ευθανασία. Οι Σουηδοί PS είχαν υψηλότερα ποσοστά (περίπου 80%) θετικής στάσης απέναντι στην ευθανασία από ό, τι οι Τούρκοι φοιτητές. Όταν συγκρίθηκαν οι απόψεις και οι ηθικές απόψεις των PS από τη Σουηδία και την Τουρκία, τα ευρήματα έδειξαν ότι οι Σουηδοί φοιτητές (76,0%) παρουσίασαν πολύ περισσότερη αποδοχή της ευθανασίας από ό, τι οι Τούρκοι φοιτητές (32%).

Όπως έχει προταθεί σε προηγούμενες μελέτες, η θρησκεία είναι ένας σημαντικός παράγοντας υπέρ ή κατά της ευθανασίας. Σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες (96%) και στις δύο ομάδες στην μελέτη ήταν μουσουλμάνοι. Η ισλαμική θρησκεία δεν διεκνευρίζει την ευθανασία. Μια μελέτη από το Σουδάν, που είναι μια ισλαμική χώρα, έδειξε ότι μόνο το 15% των μουσουλμάνων ιατρών δέχτηκε την ευθανασία σε κάποιες καταστάσεις. Αυτό το ποσοστό ήταν πολύ χαμηλότερο από αυτό που αναφέρθηκε σε άλλες μελέτες στις οποίες οι ερωτηθέντες γιατροί είχαν διάφορες θρησκευτικές πεποιθήσεις (Ahmed, 2001).

Οι ερευνητές στην παρούσα μελέτη διαπίστωσαν ότι λιγότεροι PT από ό, τι οι PS ήταν πιθανό να βλέπουν αρνητικά την ευθανασία. Ένας μεγαλύτερος αριθμός PT είχε θετικές απόψεις σχετικά με την ευθανασία. Αυτό μπορεί να αντανακλά την εμπειρία των PT στην εργασία με τους ασθενείς σε κλινικές καταστάσεις, έτσι ώστε να κατανοούν τις δυσκολίες των ασθενών.

Η παρούσα μελέτη δείχνει ότι η αποδοχή της ευθανασίας τείνει να συνδέεται θετικά με την αποδοχή της νομιμοποίησης της ευθανασίας. Μια μελέτη από τις Ηνωμένες Πολιτείες δείχνει ότι μεταξύ των γιατρών που ευνοούσαν τη νομιμοποίηση της ευθανασίας, 64% πιστεύουν ότι για να δικαιολογηθεί η ευθανασία, οι ασθενείς θα πρέπει να έχουν διάρκεια ζωής μικρότερη από 6 μήνες. Σε άλλη μελέτη από το Βελιγράδι που εξέταζε τις στάσεις απέναντι η νομιμοποίηση της ευθανασίας ευνοήθηκε από το 61% των δικηγόρων, σε αντίθεση με το 43%, το 30% και το 23% των ογκολόγων, των οικογενειακών γιατρών και των φοιτητών ιατρικής αντίστοιχα.

Ωστόσο, μια άλλη μελέτη εξέτασε κατά πόσο οι νοσοκόμοι πιστεύουν ότι η ευθανασία πρέπει να νομιμοποιηθεί και / ή αν πιστεύουν ότι είναι δεοντολογικά αποδεκτή. Σε αυτή την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, τα ποσοστά των νοσοκόμων που ευνόησαν τη νομιμοποίηση κυμαίνονταν από 14% έως 78% και τα ποσοστά των νοσοκόμων οι οποίες θεωρούν ότι η ευθανασία είναι ηθικά αποδεκτή κυμαίνεται από 23% έως 70% . Το ευρύ φάσμα των αναφερόμενων ποσοστών μπορεί να οφείλεται στη σύνθεση του δείγματος μελέτης, στις διαφορές μεταξύ επαγγελματιών και στη διαφορά s στα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά. Ο καθορισμός των λόγων αυτών των αποκλίσεων στις απόψεις σχετικά με την ευθανασία δεν είναι εφικτός (Radulovic, 1998).

Οι περισσότεροι PT που δέχθηκαν ευθανασία ανέφεραν ότι η ενεργός εθελοντική ευθανασία ήταν ο αποδεκτός τύπος ευθανασίας. Οι περισσότεροι PT είπαν ότι η παθητική ευθανασία ήταν αποδεκτή. Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι ο τύπος της ευθανασίας που παρέχεται, η ηλικία ενός ασθενούς και ο τύπος της νόσου είναι οι πρωταρχικοί παράγοντες που επηρεάζουν τις στάσεις απέναντι στην ευθανασία (Cavlak, 2007) .

Στην έρευνα του Shaikh, (2011) στο Πακιστάν ενώ το 47,5% των φοιτητών στην έρευνα είχε αντιμετωπίσει ασθενή με ασθένεια σε τελικό στάδιο το προηγούμενο έτος, μόνο το 25,6% πιστεύει γενικά ότι η ευθανασία πρέπει να νομιμοποιηθεί στο Πακιστάν. Μόνο 35,4% φοιτητές εξοικειώθηκαν με τον όρο ευθανασία πριν από την έρευνα αυτή, ωστόσο κάθε φοιτητής εξέφρασε τη γνώμη του για τη νομιμοποίηση της ευθανασίας και μόνο το 10,5% των σπουδαστών δεν παρείχε κανένα συγκεκριμένο λόγο ούτε υπέρ ή κατά της νομιμοποίησης.

Ο πιο κοινά αποδεκτός λόγος για να επιτραπεί η ευθανασία ήταν να σταματήσει ο πόνος ενός ασθενούς, αλλά μόνο όταν μια επιτροπή ιατρών συμφωνήσει να συστήσει αυτή την πορεία δράσης. Οι σπουδαστές που αντιτάχθηκαν στη νομιμοποίηση της ευθανασίας πιστεύουν πιο συχνά ότι θα αποτελούσε εμπόδιο στη μελλοντική ιατρική έρευνα για την καλύτερη φροντίδα των πεθαμένων ασθενών.

Η αλόγιστη χρήση της ευθανασίας από τους ιατρούς ή από τα μέλη της οικογένειας ήταν οι επόμενοι πιο συχνά αναφερόμενοι λόγοι για την αντίθεσή τους στη νομιμοποίηση. Η ευθανασία έχει ισχυρές θρησκευτικές συνέπειες, παρόλο που το 75,1% των μαθητών περιγράφουν τον εαυτό τους ως μέτρια ή κάπως θρησκευόμενο, μόνο το 8,9% ρητά ανέφερε τη θρησκεία ως παράγοντα κατά της νομιμοποίησης.

Μελέτες από άλλες χώρες αποκάλυψαν ότι το 40% των φοιτητών ιατρικής στο Πουέρτο Ρίκο και το 33% των ιατρών φοιτητές στην πρώην Γιουγκοσλαβία και Νορβηγία υποστήριξαν την ευθανασία. Σε μια έρευνα μεταξύ των νοσοκόμων που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας στις ΗΠΑ, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να σχολιάσουν δείγματα περιπτώσεων. Σχεδόν όλοι τους (99% / 100%) συμφώνησαν με τις ενέργειες διαχείρισης του πόνου και παρακράτησης ή απομάκρυνσης της υποστήριξης της ζωής, το 83% διαφώνησε με την υποβοηθούμενη αυτοκτονία και το 95% διαφώνησε με εθελοντική ευθανασία (Dickinson, 2002).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ευθανασία είναι η πρακτική της σκόπιμης λήξης μιας ζωής για την ανακούφιση του πόνου. Υπάρχουν διαφορετικοί νόμοι για την ευθανασία σε κάθε χώρα. Αν και η ευθανασία είναι παράνομη στις περισσότερες χώρες, μερικές όπως η Ολλανδία, το Βέλγιο και το Λουξεμβούργο την έχουν νομιμοποιήσει υπό ορισμένες προϋποθέσεις. Στην Ελλάδα θεωρείται παράνομη αλλά σε παγκόσμια κλίμακα οι στάσεις απέναντι σε αυτό το θέμα συζητιούνται συνεχώς. Η παρούσα μελέτη λοιπόν αναλύει τις τάσεις στις στάσεις έναντι της ευθανασίας σε φοιτητές νοσηλευτικής. Από τα αποτελέσματα της έρευνας έχει διαπιστωθεί μία γενικευμένη αρνητική στάση απέναντι στο θέμα της ευθανασίας.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ : Ευθανασία – Φοιτητές – Αντιλήψεις - Εκπαίδευση

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της Έρευνας

Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η διερεύνηση και η εκτίμηση της στάσης των Ελλήνων φοιτητών νοσηλευτικής απέναντι στην ευθανασία και το κατά πόσο αυτή επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες ,οι οποίοι κυρίως σχετίζονται με την εκπαίδευσή τους

Ερευνητικό πεδίο – Χρόνος διεξαγωγής

Η έρευνα διεξήχθη στο Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο ,στο Ηράκλειο Κρήτης. Συμμετείχαν φοιτητές ηλικίας από 18 έως 30. Η συλλογή των δεδομένων διήρκησε έξι μήνες, από τον μήνα Φεβρουάριο μέχρι τον Ιούλιο του 2019.

Δείγμα έρευνας

Το δείγμα στην συγκεκριμένη μελέτη αποτέλεσαν 130 φοιτητές (άντρες - γυναίκες). Η μελέτη διεξήχθη σε φοιτητές ηλικίας από 18 έως 30 ετών.

Ερευνητικό εργαλείο έρευνας

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα εργασία είναι το ερωτηματολόγιο, το σύμφωνα με τους (Wilson & Mclean, 1994) είναι ένα πολύ διαδεδομένο εργαλείο συλλογής δεδομένων, το οποίο μπορεί να παραδοθεί και να συμπληρωθεί με ή χωρίς την παρουσία του ερευνητή.

Το ερωτηματολόγιο είναι περιεκτικό και συνοπτικό ώστε να μην κουράζει τους ερωτηθέντες και να μπορούν να το συμπληρώσουν με ευκολία. Περιλαμβάνει 13 ερωτήσεις κλειστού τύπου.

Επεξεργασία και εισαγωγή δεδομένων.

Το στατιστικό πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων είναι το πρόγραμμα IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) και πιο συγκεκριμένα η έκδοση 22. Καταχωρήθηκαν τα δεδομένα το πρόγραμμα κατηγοριοποιήθηκαν και στη συνέχεια εξήχθησαν τα αποτελέσματα.

Μέθοδοι στατιστικής επεξεργασίας

Σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1990), η επιλογή του είδους στατιστικής μεθόδου γίνεται με βάση το είδος των μεταβλητών, τους σκοπούς της έρευνας και την αντίστοιχη βιβλιογραφία σε παρόμοιες έρευνες. Η στατιστική ανάλυση που επιλέχτηκε είναι η εξής:

Περιγραφική στατιστική

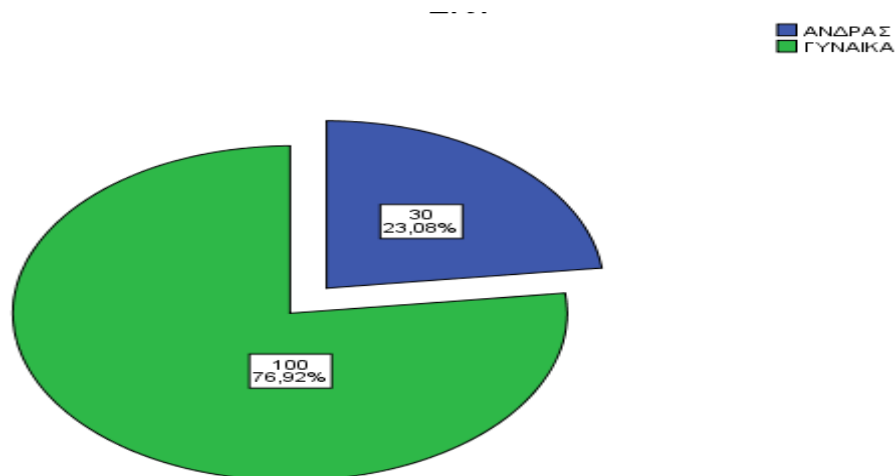
Σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1984), η περιγραφική στατιστική ασχολείται με μεθόδους οργάνωσης, σύνοψης και παρουσίασης δεδομένων. Στο πλαίσιο αυτής της στατιστικής ανάλυσης παρουσιάζονται πίνακες και διαγράμματα για την παρουσίαση των στατιστικών δεδομένων.

Γίνεται ανάλυση των πρωτογενών δεδομένων και εξάγονται πίνακες και γραφήματα μέσω στατιστικών προγραμμάτων.

Πραγματοποιήθηκαν επίσης στατιστικοί έλεγχοι (chi - square test, chi - square test for trend) για τη διερεύνηση τυχόν σχέσεων μεταξύ ορισμένων χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων και των μεταβλητών που αφορούν τη στάση των φοιτητών απέναντι στην ευθανασία ορίζοντας το επίπεδο σημαντικότητας στο 0.05.

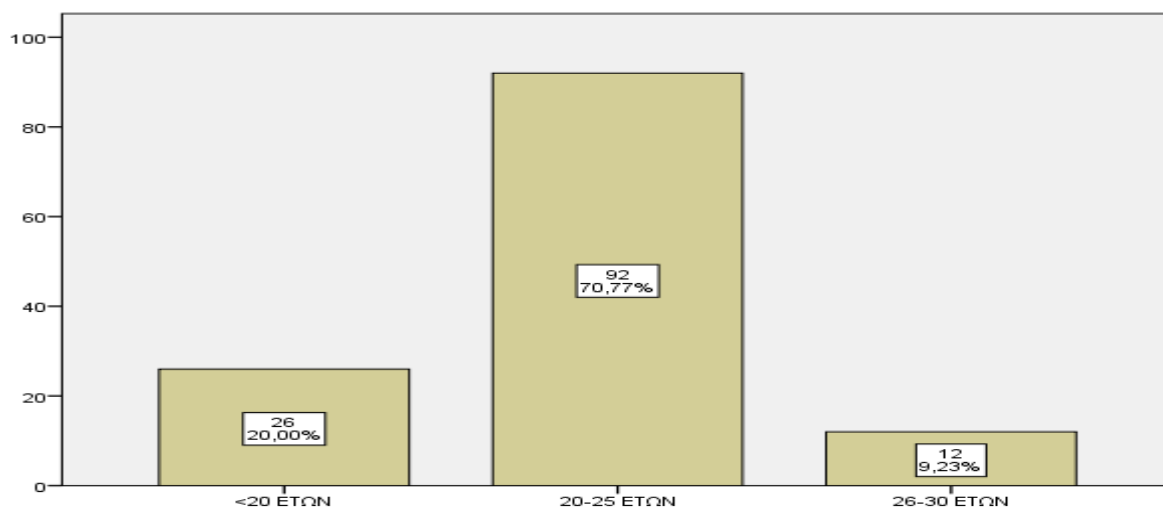
4. Αποτελέσματα

Το 23% των ερωτηθέντων είναι άνδρες και το 77% είναι γυναίκες (γράφημα 1).



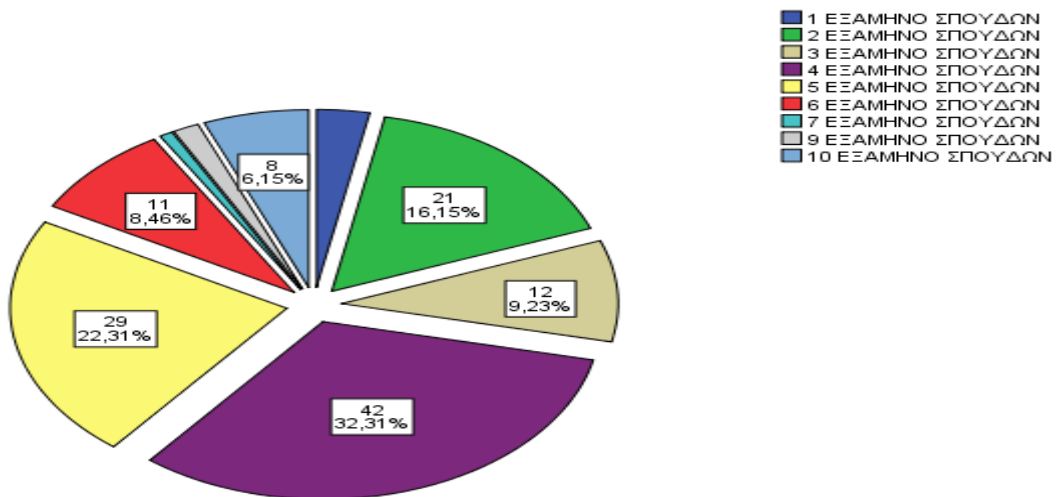
Γράφημα 1: Φύλο

Ηλικιακά το 71% είναι μεταξύ 20 και 25 ετών, το 20% είναι μικρότεροι από 20 ετών και μόλις το 9% είναι από 26 έως 30 ετών (γράφημα 2).



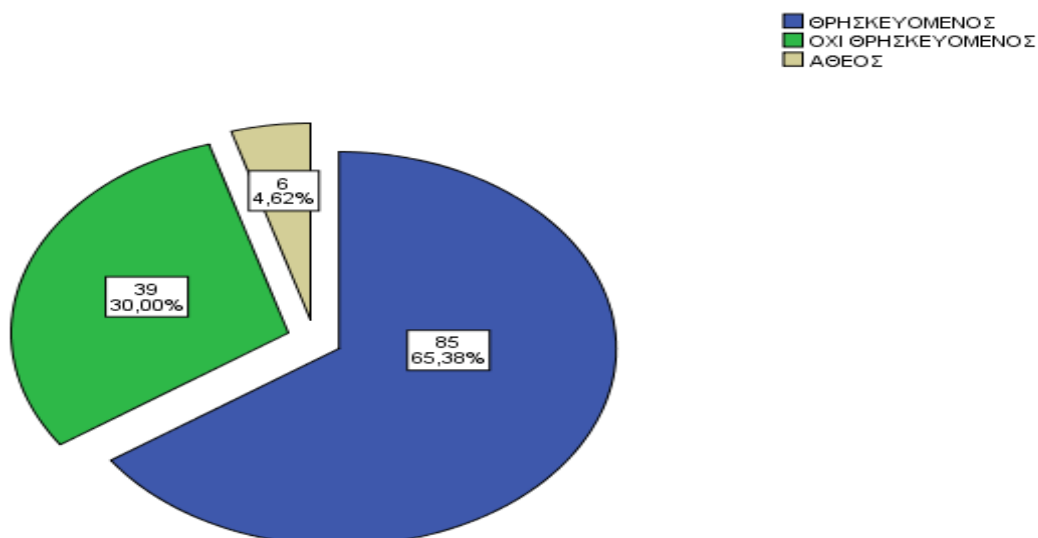
Γράφημα 2: Ηλικία

Αναφορικά με το εξάμηνο σπουδών, το 32% του δείγματος είναι στο 4 εξάμηνο σπουδών, το 9% στο 3 εξάμηνο, το 16% στο 2 εξάμηνο, το 6% στο 10 εξάμηνο, το 8% στο 6 εξάμηνο, το 22% στο 5 εξάμηνο το 3% στο 1 εξάμηνο, το 1,5% στο 9 εξάμηνο (γράφημα 3).



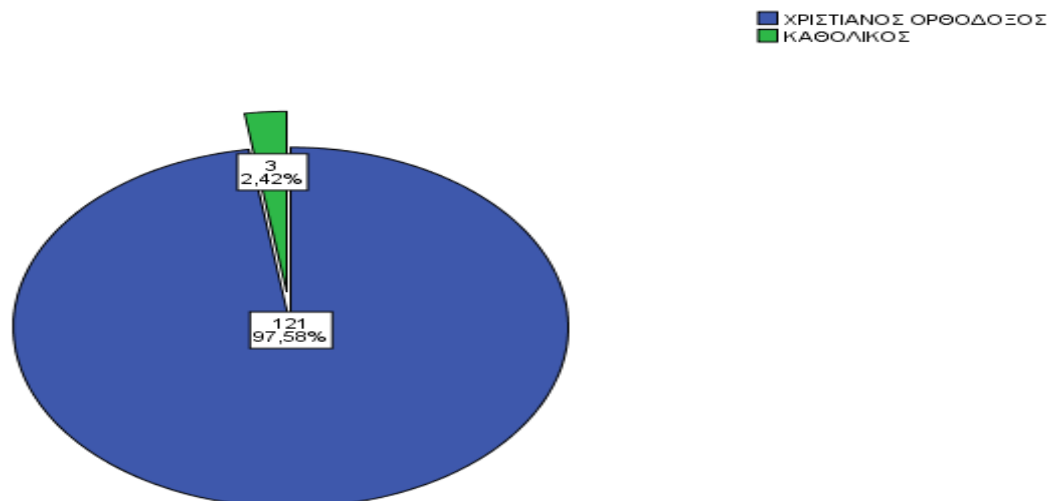
Γράφημα 3: Εξάμηνο σπουδών

Το 65% δηλώνουν θρησκευόμενοι το 30% όχι θρησκευόμενοι και το 5% είναι άθεοι (γράφημα 4).



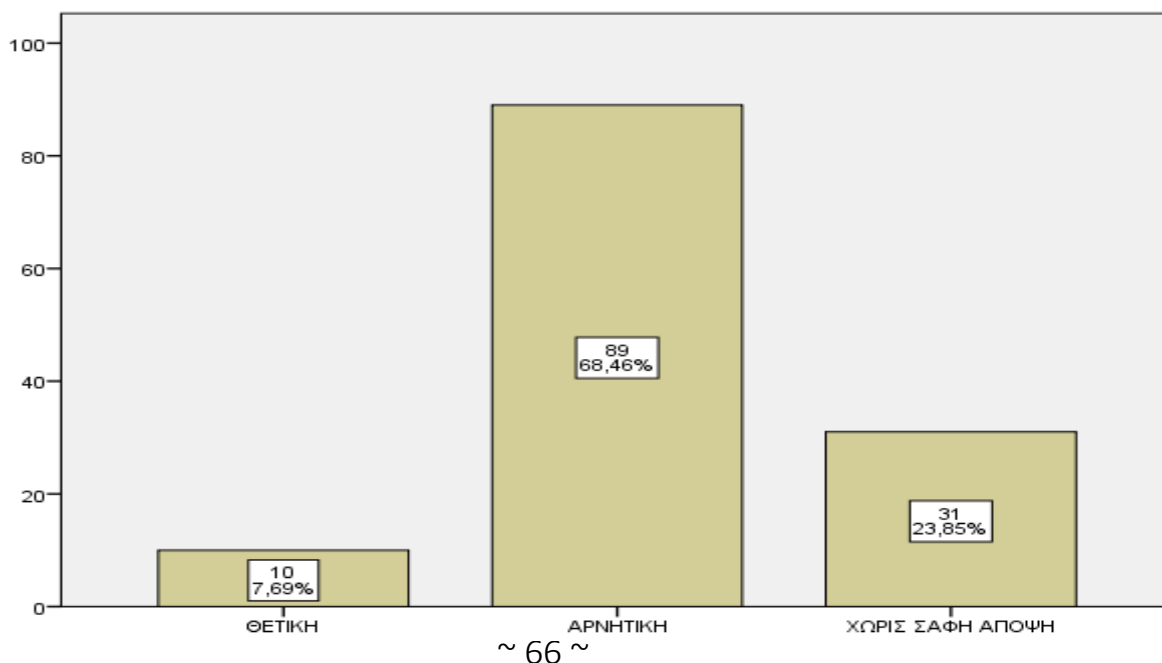
Γράφημα 4: Χαρακτηρισμός από πλευράς θρησκείας

Αναφορικά με το θρήσκευμα, το 98% αυτών που δεν δηλώνουν άθεοι είναι χριστιανοί ορθόδοξοι και το 2% είναι καθολικοί (γράφημα 5).



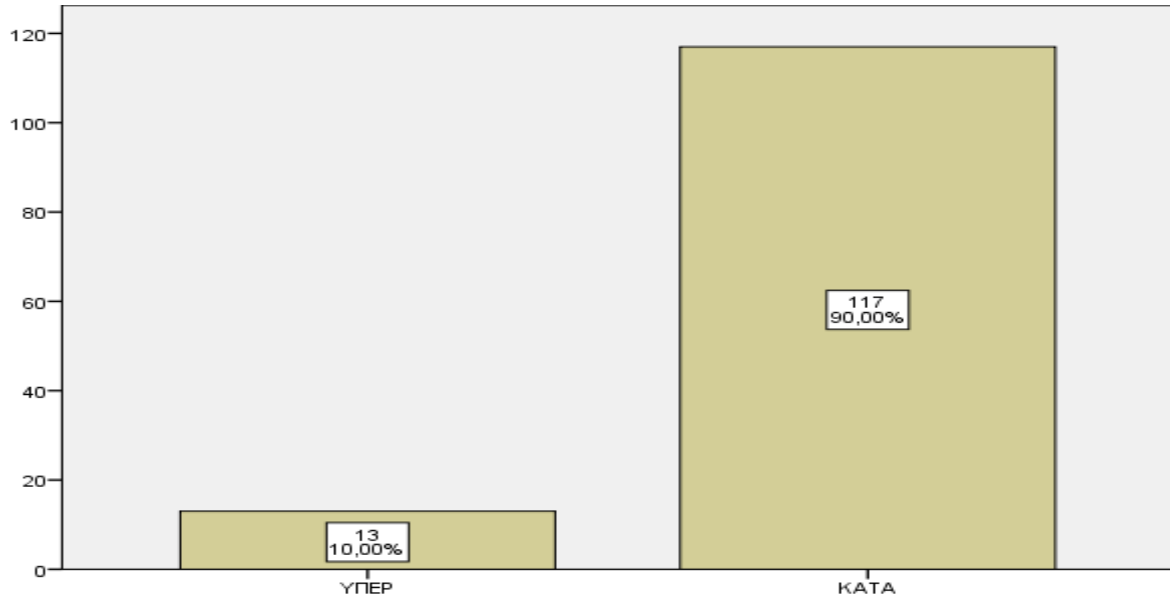
Γράφημα 5: Θρήσκευμα

Σχετικά με την άποψη των ερωτηθέντων για τη ευθανασία προκύπτει, πως το 68% έχουν αρνητική άποψη, το 8% έχουν θετική άποψη, και το 24% εκφράζουν ουδέτερη γνώμη (γράφημα 6).



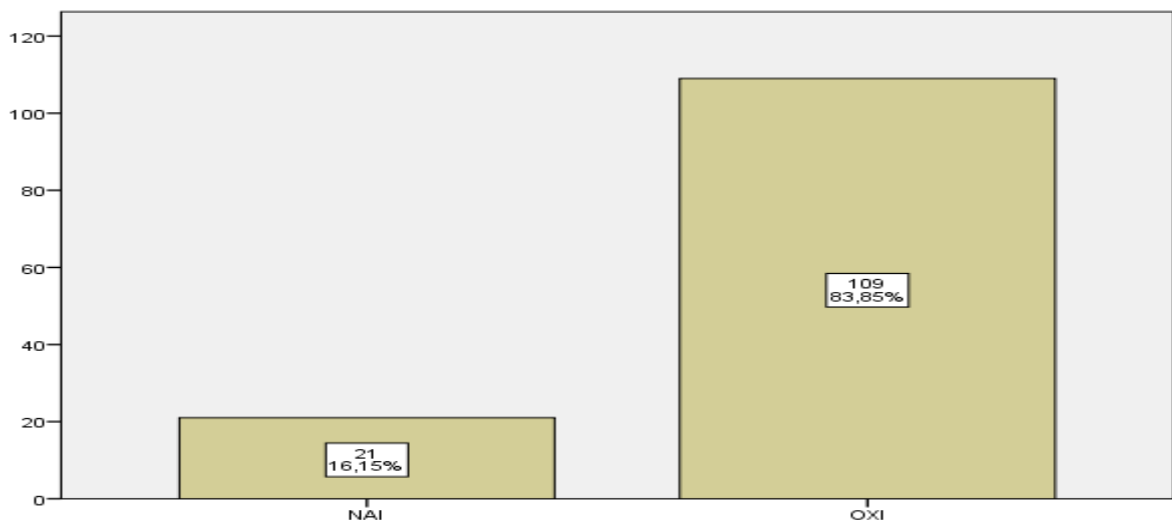
Γράφημα 6: Άποψη φοιτητών για την ευθανασία

Το 90% των ερωτηθέντων είναι κατά της νομιμοποίησης της ευθανασίας στην Ελλάδα, και το 10% είναι υπέρ (γράφημα 7).



Γράφημα 7: Άποψη για νομιμοποίηση ευθανασίας στην Ελλάδα

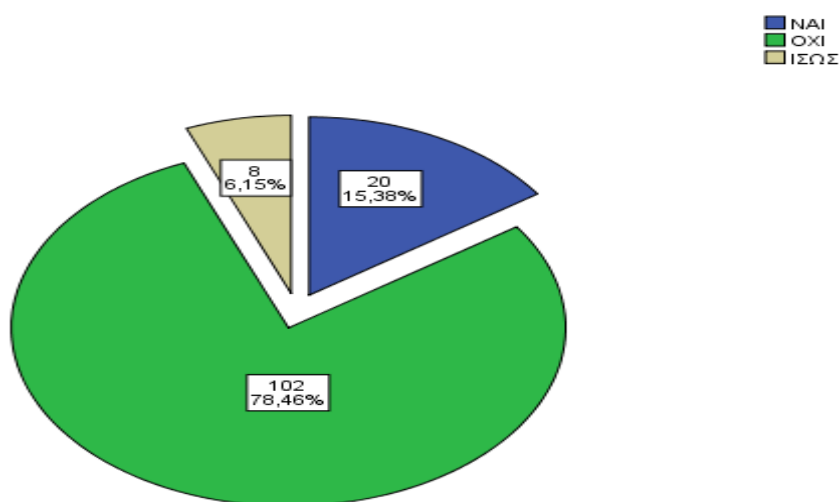
Το 84% του δείγματος απαντάνε πως η κοινωνία δεν είναι έτοιμη να δεχθεί την νομιμοποίηση της ευθανασίας, αντίθετα το 16% απαντάνε πως είναι έτοιμη (γράφημα



8).

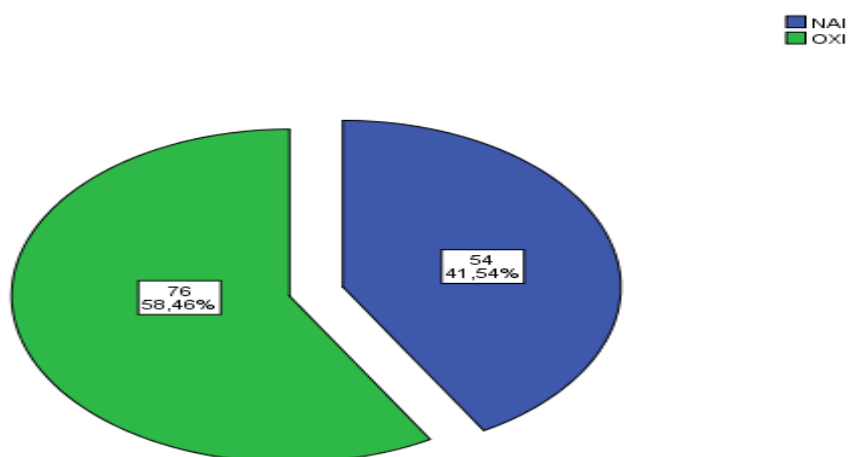
Γράφημα 8: Κοινωνία και ευθανασία

Το 78% απαντάνε πως η απόφαση για την ευθανασία δεν πρέπει να είναι μόνο του ασθενή, το 15% εκφράζουν αντίθετη άποψη και το 6% εκφράζουν ουδέτερη γνώμη (γράφημα 9).



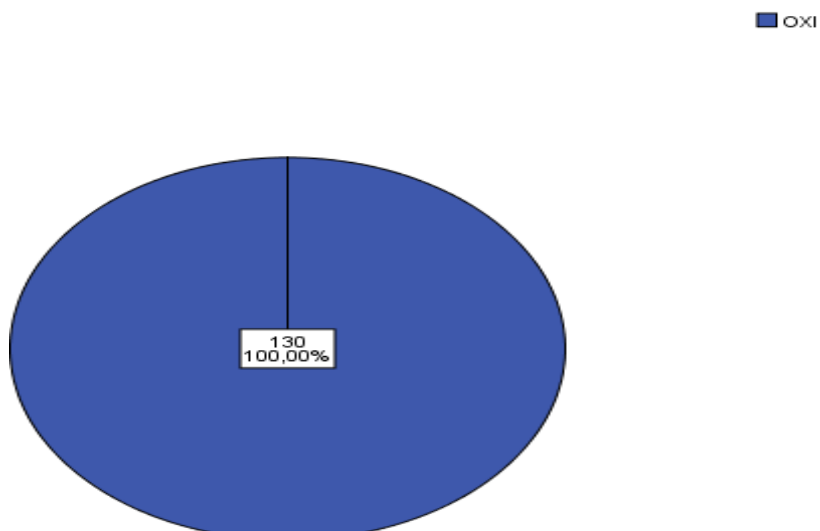
Γράφημα 9: Άποψη για το αν βαραίνει η απόφαση για τερματισμό της ζωής μόνο τον ασθενή

Το 42% των ερωτηθέντων συμφωνούν πως υπό ορισμένες προϋποθέσεις ο ιατρός μπορεί να εφαρμόσει την ευθανασία, και το 58% είναι αντίθετοι με τη συγκεκριμένη άποψη (γράφημα 10).



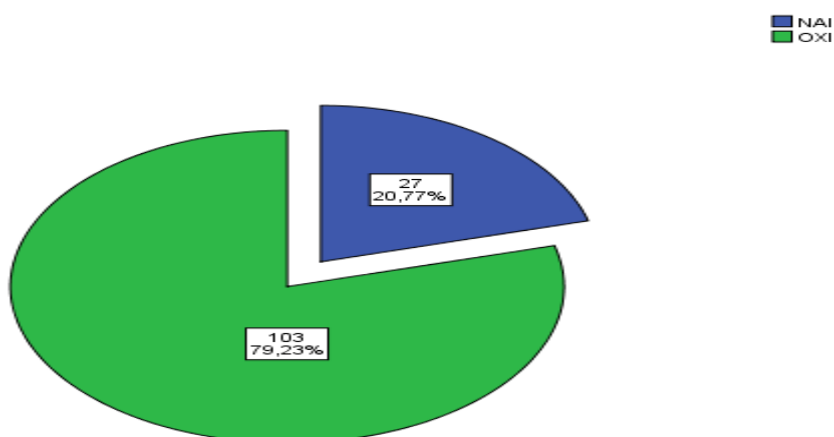
Γράφημα 10: Άποψη για εφαρμογή ευθανασίας από τον γιατρό σε ορισμένες περιπτώσεις

Προκύπτει πως κανένας φοιτητής δεν θα έδινε τη συγκατάθεση του για διακοπή μηχανικής υποστήριξης ασθενή με εγκεφαλικό θάνατο για να νοσηλευτεί κάποιος άλλος (γράφημα 11)



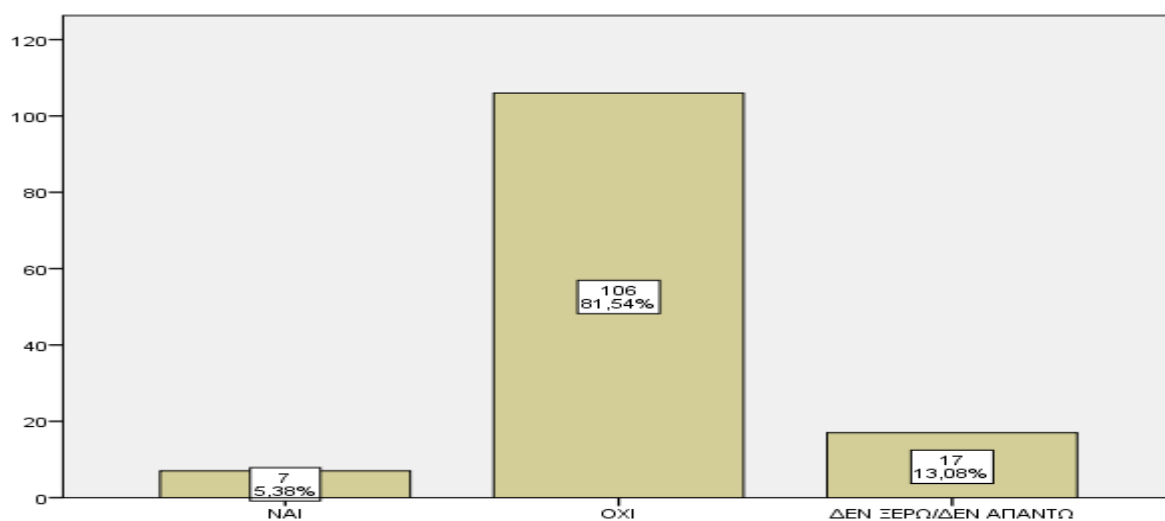
Γράφημα 11: Αποψη για τη συγκατάθεση του για διακοπή μηχανικής υποστήριξης ασθενή με εγκεφαλικό θάνατο για να νοσηλευτεί κάποιος άλλος

Μόλις το 21% των ερωτηθέντων θα δικαιολογούσαν την εφαρμογή ευθανασίας σε κάποιο συγγενικό τους πρόσωπο (γράφημα 12).



Γράφημα 12: Διακιολόγηση εφαρμογής ευθανασίας σε συγγενικό πρόσωπο

Το 82% των ερωτηθέντων δεν θα έκαναν ευθανασία σε κάποιο ασθενή τους, μόλις το 5% θα έκαναν και το 13% απάντησαν πως δεν ξέρουν δεν απαντούν (γράφημα 13).



Γράφημα 13: Ευθανασία σε ασθενή

Συσχετίσεις

Διερεύνηση σχέσης μεταξύ ηλικίας και της ερώτησης Είστε υπέρ ή κατά της νομιμοποίησης της ευθανασίας στην Ελλάδα;

Οι υποθέσεις που θέτουμε είναι οι εξής:

H₀: Η ερώτηση που διερευνά για το αν το δείγμα είναι υπέρ ή κατά της νομιμοποίησης της ευθανασίας στην Ελλάδα δεν επηρεάζεται από την ηλικία

H₁: Η ερώτηση που διερευνά για το αν το δείγμα είναι υπέρ ή κατά της νομιμοποίησης της ευθανασίας στην Ελλάδα επηρεάζεται από την ηλικία.

Προκύπτει (πίνακας 1) πως $p=0.477 > 0.05$ άρα δεχόμαστε την H_0 δηλαδή οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

Πίνακας 1: Διερεύνηση σχέσης μεταξύ ηλικίας και της ερώτησης Είστε υπέρ ή κατά της νομιμοποίησης της ευθανασίας στην Ελλάδα;

	<20	20-25	26-30	>30	P value
Είστε υπέρ ή					0,477

κατά της νομιμοποίησης της ευθανασίας στην Ελλάδα;					
Υπερ	2,3	7,7	0		
Κατά	17,7	63,1	9,2		

Διερεύνηση σχέσης μεταξύ ηλικίας και της ερώτησης Είναι έτοιμη η ελληνική κοινωνία να δεχθεί την εφαρμογή της ευθανασίας

H₀: Η ερώτηση που διερευνά για αν το δείγμα πιστεύει αν Είναι έτοιμη η ελληνική κοινωνία να δεχθεί την εφαρμογή της ευθανασίας δεν επηρεάζεται από την ηλικία.

H₁: Η ερώτηση που διερευνά για αν το δείγμα πιστεύει αν Είναι έτοιμη η ελληνική κοινωνία να δεχθεί την εφαρμογή της ευθανασίας επηρεάζεται από την ηλικία.

Προκύπτει (πίνακας 2) πως $p=0.562 > 0.05$ άρα δεχόμαστε την H₀ δηλαδή οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους.

Πίνακας 2: Διερεύνηση σχέσης μεταξύ ηλικίας και της ερώτησης Είναι έτοιμη η ελληνική κοινωνία να δεχθεί την εφαρμογή της ευθανασίας

	<20	20-25	26-30	>30	P value
--	---------------	--------------	--------------	---------------	----------------

Είναι έτοιμη η ελληνική κοινωνία να δεχθεί την εφαρμογή της ευθανασίας					0,562
Ναι	3,8	10	2,3		
Όχι	16,2	60,8	6,9		

Διερεύνηση σχέσης μεταξύ ηλικίας και της ερώτησης Θα πραγματοποιούσατε ευθανασία σε έναν ασθενή σας

H₀: Η ερώτηση που διερευνά για αν το δείγμα θα πραγματοποιούσε ευθανασία σε έναν ασθενή σας δεν επηρεάζεται από την ηλικία.

H₁: Η ερώτηση που διερευνά για αν το δείγμα θα πραγματοποιούσε ευθανασία σε έναν ασθενή σας; επηρεάζεται από την ηλικία.

Προκύπτει (πίνακας 3) πως $p=0.467 > 0.05$ άρα δεχόμαστε την H₀ δηλαδή οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους.

Πίνακας 3: Διερεύνηση σχέσης μεταξύ ηλικίας και της ερώτησης Θα πραγματοποιούσατε ευθανασία σε έναν ασθενή σας

	<20	20-25	26-30	>30	P value
Θα πραγματοποιούσατε ευθανασία σε έναν ασθενή σας;					0,467
Ναι	0,8	4,6	0		
Όχι	16,9	55,4	9,2		
Δεν ξέρω/δεν απαντών	2,3	10,8	0		

Διερεύνηση σχέσης μεταξύ ηλικίας και της ερώτησης Θα δικαιολογούσατε σε κάποια περίπτωση την εφαρμογή ευθανασίας σε κάποιο δικό σας πρόσωπο;

H₀: Η ερώτηση που διερευνά για αν το δείγμα Θα δικαιολογούσανε σε κάποια περίπτωση την εφαρμογή ευθανασίας σε κάποιο δικό τους πρόσωπο δεν επηρεάζεται από την ηλικία.

H₁: Η ερώτηση που διερευνά για αν το δείγμα Θα δικαιολογούσανε σε κάποια περίπτωση την εφαρμογή ευθανασίας σε κάποιο δικό τους πρόσωπο επηρεάζεται από την ηλικία.

Προκύπτει πως $p=0.665 > 0.05$ άρα δεχόμαστε την H₀ δηλαδή οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

Πίνακας 3: Διερεύνηση σχέσης μεταξύ ηλικίας και της ερώτησης Θα δικαιολογούσατε σε κάποια περίπτωση την εφαρμογή ευθανασίας σε κάποιο δικό σας πρόσωπο;

	<20	20-25	26-30	>30	P value
Θα δικαιολογούσατε σε κάποια περίπτωση την εφαρμογή ευθανασίας σε κάποιο δικό σας πρόσωπο;					0,665
Ναι	3,1	16,2	1,5		
Όχι	16,9	54,6	7,7		

Διερεύνηση σχέσης άποψης για την ευθανασία και φύλου

H₀: Η ερώτηση που διερευνά την άποψη για την ευθανασία δεν επηρεάζεται από το φύλο

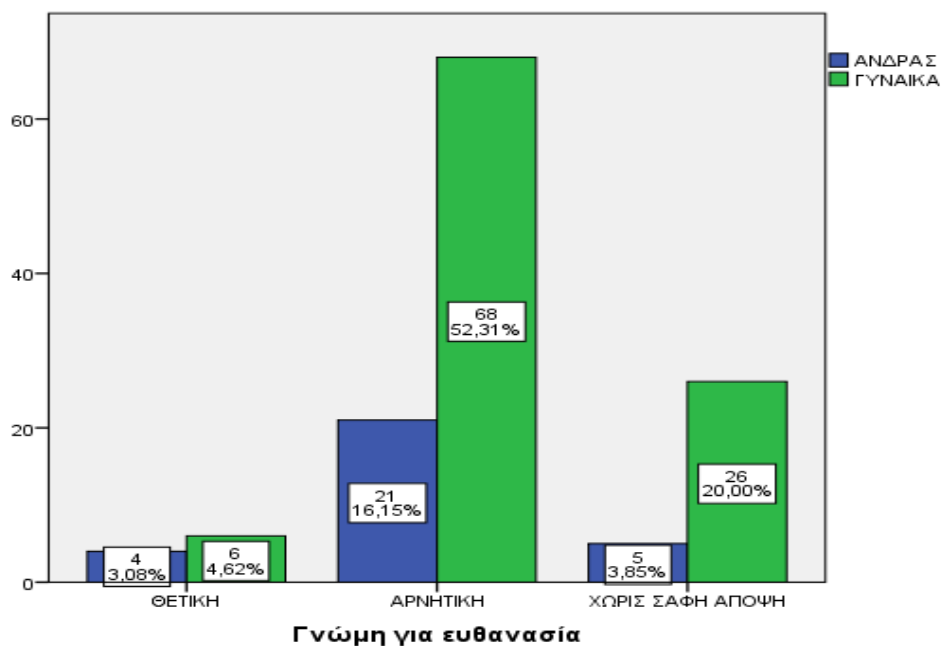
H₁: Η ερώτηση που διερευνά την άποψη για την ευθανασία επηρεάζεται από το φύλο

Προκύπτει πως $p=0.291 > 0.05$ άρα δεχόμαστε την H₀ δηλαδή οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους.

Πίνακας 4: Διερεύνηση σχέσης άποψης για την ευθανασία και φύλου

Ποια η γνώμη σας σχετικά με την ευθανασία;	Ανδρας	Γυναίκα	P value

			0,291
Θετική	3,1	4,6	
Αρνητική	16,2	52,3	
Χωρίς σαφή άποψη	3,8	20	



Γράφημα 14: Διερεύνηση σχέσης άποψης για την ευθανασία και φύλου

Διερεύνηση σχέσης άποψης για νομιμοποίησης ευθανασία στην Ελλάδα και φύλου

H₀: Η ερώτηση που διερευνά την άποψη για την ευθανασία δεν επηρεάζεται από το φύλο

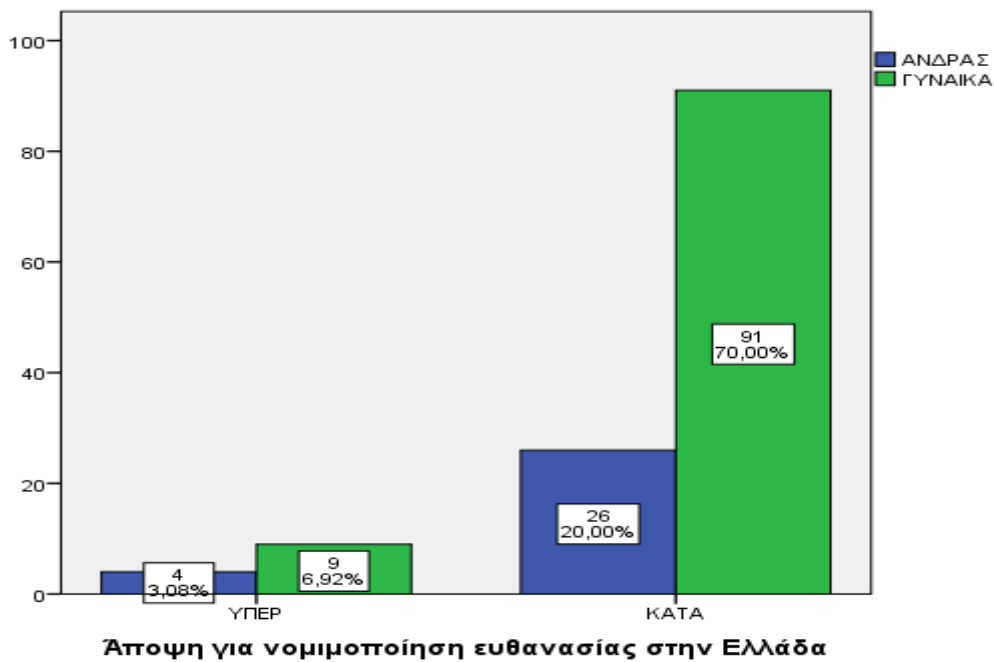
H₁: Η ερώτηση που διερευνά την άποψη για την ευθανασία επηρεάζεται από το φύλο

Προκύπτει πως $p=0.481 > 0.05$ άρα δεχόμαστε την H₀ δηλαδή οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

Πίνακας 4: Διερεύνηση σχέσης άποψης για την ευθανασία και φύλου

Άποψης για νομιμοποίησης ευθανασίας	Ανδρας	Γυναίκα	P value

στην Ελλάδα			
			0,481
Υπέρ	3,1	6,9	
Κατά	20	70	



Γράφημα 15: Διερεύνηση σχέσης άποψης για νομιμοποίησης ευθανασία στην Ελλάδα και φύλου

5. Συζήτηση

Αρκετή αμφιβολία εξακολουθεί να περιβάλλει το ζήτημα της ευθανασίας και της υποβοηθούμενης από ιατρό αυτοκτονίας, με τις δεοντολογικές, νομικές και κοινωνικές της συνέπειες. Αυτό επιδεινώνεται από τη μετατόπιση της στάσης των γιατρών απέναντι σε αυτή την πρακτική τα τελευταία χρόνια. Για παράδειγμα, σύμφωνα με τους Louhiala et al. στη Φινλανδία, η υποστήριξη της ευθανασίας από τους γιατρούς αυξήθηκε από 29% το 2003, σε 46% το 2013. Οι στάσεις των ιατρών σε όλον τον κόσμο είναι εξίσου ποικίλες, λόγω της ποικιλομορφίας των ιδεολογιών των ιατρών. Η ποικιλομορφία αυτή ενισχύεται από τις μυριάδες θρησκευτικών πεποιθήσεων μεταξύ των ιατρών. Το ζήτημα της ευθανασίας ακόμη, είναι πολύ λεπτό ιδιαίτερα όταν ο ασθενής δεν έχει δικιά του βούληση (π.χ. όταν βρίσκεται σε κώμα). Για τους συγγενείς πάντα θα υπάρχει ελπίδα από την μια, αλλά από την άλλη ισώς να είναι εγωιστικό να βασανίζετε ο άνθρωπος τους και να τον κρατάνε.

Υπάρχουν τέσσερις κύριοι τύποι ευθανασίας: ενεργητική, παθητική, έμμεση και αυτοκτονία. Η ενεργή ευθανασία περιλαμβάνει "την άμεση χορήγηση μιας θανατηφόρου ουσίας στον ασθενή από ένα άλλο πρόσωπο με πρόθεση ελέους". Η παθητική ευθανασία είναι «η παρακράτηση ή η απόσυρση της θεραπείας διατήρησης της ζωής (LST) είτε κατόπιν αιτήματος του ασθενούς είτε όταν η παράταση της ζωής θεωρείται μάταιη». Η έμμεση ευθανασία αναφέρεται στη συνταγογράφηση παυσίπονων που μπορεί να είναι θανατηφόρα σε μια προσπάθεια ανακούφισης του πόνου. Η αυτοκτονία υποβοηθούμενη από ιατρό (PAS) αναφέρεται σε έναν ιατρικό επαγγελματία βοηθώντας έναν ασθενή να τερματίσει τη ζωή του κατόπιν αιτήματος του ασθενούς. Η ανίατη όμως κατάσταση ενός ασθενή προκαλεί διαφωνίες καθώς δεν μπορεί να είναι κανείς απολύτως βέβαιος για το ανίατο μιας ασθένειας, αφήνοντας και κάποια περιθώρια για πιθανό λάθος (Α. Αβραμίδης, 2003). Ακόμη και μια ανίατη ασθένεια μπορεί να θεραπευτή και να γίνει το "θαύμα".

Αν και η ευθανασία είναι παράνομη στις περισσότερες χώρες, μερικές όπως η Ολλανδία, το Βέλγιο και το Λουξεμβούργο την έχουν νομιμοποιήσει υπό ορισμένες προϋποθέσεις. Μερικές πολιτείες στην Αμερική, όπως το Όρεγκον, η Ουάσιγκτον, το Βερμόντ και η Μοντάνα, το επέτρεψαν επίσης.

Αν και ορισμένες χώρες υποστηρίζουν την ιδέα ότι η ευθανασία πρέπει να διεξάγεται μόνο όταν οι ασθενείς πάσχουν από θανατηφόρες και οδυνηρές ασθένειες, άλλοι υποστηρίζουν επίσης την άποψη ότι οι ασθενείς με χρόνιες ασθένειες μη θανατηφόρες θα πρέπει να μπορούν να λάβουν ευθανασία. Ωστόσο, η διάπραξη της ευθανασίας και της αυτοκτονίας σε ασθενείς με μη θανατηφόρα νοσήματα έχει επικριθεί σκληρά από ένα ηθικό σημείο. Οι στάσεις του ιατρικού προσωπικού στην ευθανασία έχουν διερευνηθεί μεταξύ διαφορετικών κοινωνικών ομάδων σε πολλές χώρες και είναι πολύ σημαντική η προσφορά της γνώσης των απόψεων αυτών στη συνέχεια της συζήτησης περί ευθανασίας (Bernheim, 2001).

Η παρούσα μελέτη λοιπόν αναλύει τις τάσεις στις στάσεις έναντι της ευθανασίας σε φοιτητές νοσηλευτικής. Από τα αποτελέσματα της έρευνας έχει διαπιστωθεί μία γενικευμένη αρνητική στάση απέναντι στο θέμα της ευθανασίας τόσο όσον αφορά την νομιμοποίηση της όσο και το κατά πόσο θεωρούν την ελληνική κοινωνία έτοιμη για αυτό το ζήτημα.

Επίσης από την παρούσα μελέτη προκύπτει πως κανένας φοιτητής δεν θα έδινε τη συγκατάθεση του για διακοπή μηχανικής υποστήριξης ασθενή με εγκεφαλικό θάνατο για να νοσηλευτεί κάποιος άλλος ενώ περίπου οι μισοί (42%) συμφωνεί πως υπό ορισμένες προϋποθέσεις ο ιατρός μπορεί να εφαρμόσει την ευθανασία. Μόλις το 21% των ερωτηθέντων θα δικαιολογούσαν την εφαρμογή ευθανασίας σε κάποιο συγγενικό τους πρόσωπο και μόλις το 82% των ερωτηθέντων δεν θα έκαναν ευθανασία σε κάποιο ασθενή τους.

Εν κατακλείδι φαίνεται ότι οι απόψεις των φοιτητών για το ζήτημα της ευθανασίας δεν έχει καμμία σύνδεση με την ηλικία αλλά και το φύλο των ερωτηθέντων.

6. Συμπεράσματα-Προτάσεις

Διάφορες μελέτες ανά τον κόσμο, έχουν αντιμετωπίσει το θέμα της ευθανασίας. Στην Ελλάδα, μολονότι το 48% των ιατρών ευνόησε τη νομιμοποίηση της ευθανασίας, μόνο ένα μικρό ποσοστό δήλωσε ότι θα το έκαναν, ειδικά την αυτοκτονία υποβοηθούμενη από γιατρό (Parpa, 2010).

Σύμφωνα με την παρούσα μελέτη σε φοιτητές νοσηλευτικής η ελληνική κοινωνία δεν είναι έτοιμη για την νομιμοποίηση της ευθανασίας και η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν αρνητική. Η περίπτωση μεγαλύτερου ποσοστού θετικής στάσης ήταν σε σχέση με την εφαρμογή ευθανασίας από τον γιατρό σε ορισμένες μόνο περιπτώσεις.

Όσον αφορά τις παραμέτρους φύλου και ηλικίας που εξετάστηκαν κατά πόσο επηρεάζουν την στάση και τις αντιλήψεις για την ευθανασία, φαίνεται ότι δεν έχουν επίδραση στο παρατηρούμενο αποτέλεσμα.

Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό το Υπουργείο Υγείας και η ιατρική κοινότητα της Ελλάδος να αντιμετωπίσουν αυτό το ζήτημα και να παράσχουν οδηγίες για τους γιατρούς που ασχολούνται με καταστάσεις όπου ο ασθενής ή η οικογένειά του ζητούν ευθανασία, αλλά ο γιατρός δεν έχει ένα συγκεκριμένο πρωτόκολλο που θα ακολουθήσει.

Η ευθανασία αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά ζητήματα προβληματισμού στο χώρο της βιοηθικής. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν να αντιμετωπίσουν ασθενείς με ανίατες ή χρόνιες ασθένειες, γι' αυτό καλούνται να είναι ενημερωμένοι και ευεσθητοποιημένοι σχετικά με αυτή την απόφαση για τον τερματισμό ζωής. Για την πλήρη ενημέρωση τους καλό θα ήταν να πραγματοποιούνταν διαλέξεις με θέματα που αφορούν την αντιμετώπιση ασθενών που έχουν χρόνες θανατηφόρες ή μη ασθένειες. Ένα από τα κυριότερα προβλήματα που βασανίζει τους χρόνιους ασθενείς και τους κάνει να καταφεύγουν στην απόφαση να τερματίσουν την ζωή τους είναι το αίσθημα του αφόρητου πόνου. Συνεπώς οι γιατροί έχουν την υποχρέωση να τους εξασφαλίζουν ανακούφιση ,αντιμετωπίζοντας τον πόνο με παυσίπονα ή και πιο δυνατά φάρμακα.

Η διδασκαλία μέσω σχετικών μαθημάτων στη σχολή θα συμβάλει στην ενημέρωση των φοιτητών νοσηλευτικής. Οι σπουδαστές θα πρέπει να αποκτήσουν επαρκές γνώσεις για κάθε ασθένεια και την θεραπεία της, καθώς και τις επιπτώσεις που επιφέρουν (σωματικές και ψυχολογικές) . Με αυτόν τον τρόπο θα μπορούν να υποστηρίξουν και ψυχολογικά, ασθενή και συγγενείς, έτσι ώστε να μην απελπίζοντε και να καταφεύγουν ακραίες λύσεις όπως η ευθανασία.

Οι συγγενείς αυτών των ασθενών θα πρέπει να έχουν σαν χρέως τους την υποστήριξη τους σε οποιαδήποτε απόφαση και να πάρουν(συνέχεια θεραπείας ή ευθανασία). Δεν θα πρέπει να καταπιέσουν τον ασθενή αφού είναι ελεύθερο όν και έχει την αυτονομία του εαυτού του και το δικαίωμα της επίλογής, σε περίπτωση χωρών όπου η ευθανασία είναι νόμιμη διαδικασία. Επιπρόσθετα η καλή επικοινωνία, η καλές σχέσεις με το άτομο τους που νοσεί θα ανέβαζε την ψυχολογία του. Πανώ απ' όλα όμως δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να κάνουν τον ασθενή να αισθανθεί σαν να είναι ένα βάρος , μια ανεπιθύμητη παρουσία γι' αυτούς.

Τέλος θα βοηθούσε αν γίνονταν σεμινάρια και διαλέξεις , από επαγγελματίες υγείας , ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς σε ασθενεις με σοβαρές ασθένειες για το πώς να μάθουν να διαχειρίζοντε το άγχος, τον φόβο, την απογοήτευση που προκαλεί η ασθένεια τους και πως να έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής. Ετσι θα είναι περισσότερο εξοικιομένοι με την ασθένεια τους και θα μπορούνα να διαχειρίστουν καλύτερα τα συναισθήματα τους. Για την εξασφάλισει μιας φυσιολογικής ζωής κα

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

- Αβραμίδης Αθανάσιος, Ευθανασία, 1995, Εκδόσεις Ακρίτας, σελ. 13-32, 29.
- Παρασκευόπουλος, Ι. (1984). Στοιχεία περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής. Αθήνα: Ιδίου.
- Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1990). Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας. Τόμος Β. Αθήνα: Προσωπική έκδοση.

Ξενόγλωσση

- Ahmed AM, Kheir MM, Rahman AA, Ahmed NH, Abdalla ME. Attitudes towards euthanasia and assisted suicide among Sudanese Doctors. *East Mediterr Health J.* 2001;7:551–555.
- Bachelard, S. (2002). On euthanasia: Blindspots in the argument from mercy. *Journal of applied philosophy*, 19(2), 131-140.
- Brock, D. W. (n.d.). *Hastings Center Report, Voluntary Active Euthanasia.*
- Burleigh, M., & Boyd, C. E. (1995). Death and deliverance: “Euthanasia” in Germany, 1900–1945. *History: Reviews of New Books*, 24(1), 36-36.
- Cavlak, U., Aslan, U. B., Gurso, S., Yagci, N., & Yeldan, I. (2007). Attitudes of physiotherapists and physiotherapy students toward euthanasia: a comparative study. *Advances in therapy*, 24(1), 135-145.

- Clemens KE, Klein E, Jaspers B, Klaschik E (2008) Attitudes toward active euthanasia among medical students at two German universities. *Support Care Cancer* 16:539–545
- Cuman, G., & Gastmans, C. (2017). Minors and euthanasia: a systematic review of argument-based ethics literature. *European journal of pediatrics*, 176(7), 837-847.
- Dickinson GE, Lancaster CF, Clark D, Ahmedzai SH, Noble W. UK physicians' attitudes
- Dworkin, R. (2011). *Life's dominion: an argument about abortion, euthanasia, and individual freedom*. Vintage.
- Ezekiel J. Emanuel, "The History of Euthanasia Debates in the United States and Britain." *Annals Of Internal Medicine* 121, no. 10 (November 15, 1994): 793-802, esp. 797. Academic Search Complete, EBSCOhost (accessed December 5, 2018).
- Hereafter, *The History of Euthanasia Debate in the United States and Britain*.
- Gentzler, J. (2003). What is a death with dignity?. *The Journal of medicine and philosophy*, 28(4), 461-487.
- Grassi, L., Agostini, M., Rossin, P., & Magnani, K. (2000). Medical Students' opinions of euthanasia and physician-assisted suicide in Italy. *Archives of internal medicine*, 160(14), 2226-2226.
- Hamel, R. (1990). Euthanasia Survey Offers a New Guided Tour Through Old Territory (Review Of: *Terminal Choices: Euthanasia, Suicide, and the Right to Die*, by Robert N. Wennberg). *BULLETIN OF THE PARK RIDGE CENTER*, 5(3), 32-33.

- Humphry, D. (1992). *Dying with dignity: Understanding euthanasia*. Carol Publishing Group.
- Howarth, G., & Jefferys, M. (1996). Euthanasia: Sociological perspectives. *British Medical Bulletin*, 52(2), 376–385.
- Jochemsen, H., & Keown, J. (1999). Voluntary euthanasia under control? Further empirical evidence from The Netherlands. *Journal of Medical Ethics*, 25(1), 16-21.
- Johnstone, M. J. (2015). *Bioethics: a nursing perspective*. Elsevier Health Sciences.
- Jurriaan, De Haan, "The Ethics of Euthanasia: Advocates' Perspectives." *Bioethics* 16, no. 2 (April 2002): 154-172, esp. 156. Academic Search Complete, EBSCOhost (accessed December 10, 2014). Hereafter, *The Ethics of Euthanasia*.
- Leppert, W., Gottwald, L., Majkowicz, M., Kazmierczak-Lukaszewicz, S., Forycka, M., Cialkowska-Rysz, A., & Kotlinska-Lemieszek, A. (2013). A comparison of attitudes toward euthanasia among medical students at two Polish universities. *Journal of Cancer Education*, 28(2), 384-391.
- Lisker R, Alvarez del Rio A, Villa AR, et al. Physician assisted death. Opinions of a sample of Mexican physicians. *Arch Med Res* 2008;39: 452e458.
- Loria, A., Villarreal-Garza, C., Sifuentes, E., & Lisker, R. (2013). Physician-assisted death. Opinions of Mexican medical students and residents. *Archives of medical research*, 44(6), 475-478.

- Manninen, B. A. (2006). A case for justified non-voluntary active euthanasia: exploring the ethics of the Groningen Protocol. *Journal of medical ethics*, 32(11), 643-651.
- Mierzecki A, Rekawek K, Swiatkowski J et al (2008) Evaluation of attitude towards euthanasia expressed by first year medical students' from Szczecin, Greifswald and Lund medical faculties (in Polish). *Ann Acad Med Stet* 54:164–169
- Miller, L. L., Harvath, T. A., Ganzini, L., Goy, E. R., Delorit, M. A., & Jackson, A. (2004). Attitudes and experiences of Oregon hospice nurses and social workers regarding assisted suicide. *Palliative Medicine*, 18(8), 685-691.
- Nelson III, L. J. (2004). Catholic Bioethics and the Case of Terri Schiavo. *Cumb. L. Rev.*, 35, 543.
- Özkara, E., Civaner, M., Oğlak, S., & Mayda, A. S. (2004). Euthanasia education for health professionals in Turkey: Students change their opinions. *Nursing ethics*, 11(3), 290-297.
- Pakhu, J. (2015). Debate on euthanasia: pros and cons (Doctoral dissertation).
- Parpa E, Mystakidou K, Tsilika E, et al: Attitudes of health care professionals, relatives of advanced cancer patients and public towards euthanasia and physician assisted suicide. *Health Policy*. 2010;97:160-165
- Peretti-Watel, P., Bendiane, M. K., Pegliasco, H., Lapiana, J. M., Favre, R., Galinier, A., & Moatti, J. P. (2003). Doctors' opinions on euthanasia, end of life care, and doctor-patient communication: telephone survey in France. *Bmj*, 327(7415), 595-596.
- Podgers, J. (1992). Matters of Life and Death-Debate Grows over Euthanasia. *ABAJ*, 78, 60. Egan, N., Fowler, T., & Keating, C. (2014).

Cancer Patient Brittany Maynard; Ending my life-my way. *People*, 82(18), 64-69.

- Rachels, J. (1987). The end of life: euthanasia and morality.
- Radulovic, S., & Mojsilovic, S. (1998). Attitudes of oncologists, family doctors, medical students and lawyers to euthanasia. *Supportive care in cancer*, 6(4), 410-415.
- Rynänen, O. P., Myllykangas, M., Viren, M., & Heino, H. (2002). Attitudes towards euthanasia among physicians, nurses and the general public in Finland. *Public health*, 116(6), 322-331.
- Sernett, M. (1975). The "death with dignity" debate: why we care. *The Springfielder*, 38(4), 265-277.
- Shaikh, M. A., & Kamal, A. (2011). Beliefs about euthanasia among university students: perspectives from Pakistan.
- Stronegger, W. J., Schmölzer, C., Rásky, É., & Freidl, W. (2011). Changing attitudes towards euthanasia among medical students in Austria. *Journal of Medical Ethics*, 37(4), 227-229.
- Schweda, M., Schicktanz, S., Raz, A., & Silvers, A. (2017). Beyond cultural stereotyping: views on end-of-life decision making among religious and secular persons in the USA, Germany, and Israel. *BMC Medical Ethics*, 18(1).
- Thomasma, D. C., Kushner, T., & Kushner, T. K. (Eds.). (1996). *Birth to death: science and bioethics*. Cambridge University Press.
- Verhagen, E., & Sauer, P. J. (2005). The Groningen protocol—euthanasia in severely ill newborns. *New England Journal of Medicine*, 352(10), 959-962.

- Wilson, N. & McLean, S. (1994). Questionnaire design: a practical introduction. University of Ulster Press: Newtown Abbey.
- Young, J., Egan, R., Walker, S., Graham-DeMello, A., & Jackson, C. (2018). The euthanasia debate: synthesising the evidence on New Zealander's attitudes. Kōtuitui: New Zealand Journal of Social Sciences Online, 1-21.
- Zelaya, A. (2004). Cruzan v. Director, Missouri Department of Health. J. Contemp. Legal Issues, 14, 313.

Μεταβλητές:

- Φύλο
- Ηλικία
- Θρήσκευμα
- Εξάμηνο σπουδών

Ερωτήσεις:

- Ποια είναι η γνώμη σας για την ευθανασία;
- Ποια είναι η γνώμη σας για τη νομιμοποίησή της στην Ελλάδα;
- Κατά πόσο είναι έτοιμη η ελληνική κοινωνία να δεχτεί την εφαρμογή της;
- Σε περίπτωση ανίατης ασθένειας η λήψη για τον τερματισμό της ζωής αφορά μόνο τον ασθενή;
- Είναι σωστό ο γιατρός να εφαρμόσει, υπό ορισμένες προϋποθέσεις, ευθανασία χωρίς την συγκατάθεση του ασθενή;
- Θα δίνετε τη συγκατάθεσή σας για διακοπή της μηχανικής υποστήριξης της ζωής σε έναν ασθενή με εγκεφαλικό θάνατο στη ΜΕΘ, προκειμένου να νοσηλευτεί ένας άλλος που έχει ανάγκη;
- Θα δικαιολογούσατε την εφαρμογή ευθανασίας σε κάποιον ασθενή;
- Θα δίνετε τη συγκατάθεσή σας για εφαρμογή ευθανασίας σε κάποιο δικό σας πρόσωπο;
- Θα πραγματοποιούσατε ευθανασία σε έναν ασθενή σας;

Πίνακας Β. Μεταβλητές που καταγράφηκαν και ερωτήσεις που τέθηκαν.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΕΡΕΥΝΙΣΗΣ ΣΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΝ ΤΩΝ
ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΑΠΕΝΑΝΤΗ ΣΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εθελοντική. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα. Οι απαντήσεις των ερωτηματολογίων είναι εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς της παρούσας πτυχιακής διατριβής. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής.

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : Μαρκάκη Ελευθερία

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ : Ευθυμίου Αίμιλη, Θεοδωρίδου Πολίνα, Τσουκαλά Ραφαέλα

- Φύλο: Άνδρας Γυναίκα
- Ηλικία: <20 20-25 26-30 >30
- Εξάμηνο σπουδών:.....
- Ανεξάρτητα με το αν εκκλησιάζεστε ή όχι, πώς θα χαρακτηρίζατε τον εαυτό σας:
 1. Θρησκευόμενος
 2. Όχι θρησκευόμενος
 3. Άθεος
 4. Τίποτα από αυτά/ αδιάφορος
- Θρήσκευμα/ δόγμα:
 1. Χριστιανός Ορθόδοξος
 2. Καθολικός
 3. Μουσουλμάνος
 4. Άλλο:.....
- Ποια είναι η γνώμη σας σχετικά με την ευθανασία:

Θετική ...Αρνητική ...Χωρίς σαφή άποψη (θετική & αρνητική) ...Δεν ξέρω/δεν απαντώ ...
- Είστε υπέρ ή κατά της νομιμοποίησης της ευθανασίας στην Ελλάδα; Υπέρ
Κατά
- Είναι έτοιμη η ελληνική κοινωνία για να δεχτεί την εφαρμογή της ευθανασίας;
ΝΑΙ ΟΧΙ

- Πιστεύετε ότι η λήψη για τερματισμό της ζωής σε περίπτωση ανίατης ασθένειας πρέπει να είναι μόνο του ασθενή; ΝΑΙ ΟΧΙ.... ΙΣΩΣ Δεν ξέρω/δεν απαντώ
- Είναι σωστό ο ιατρός να εφαρμόσει, υπό ορισμένες προϋποθέσεις, ευθανασία χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενή; ΝΑΙ.... ΟΧΙ Δεν ξέρω/δεν απαντώ
- Θα δίνετε τη συγκατάθεσή σας για διακοπή της μηχανικής υποστήριξης της ζωής σε έναν ασθενή με εγκεφαλικό θάνατο στη ΜΕΘ, προκειμένου να νοσηλευτεί ένας άλλος ασθενής που το έχει ανάγκη; ΝΑΙ ΟΧΙ ΙΣΩΣ Δεν ξέρω/δεν απαντώ
- Θα δικαιολογούσατε σε κάποια περίπτωση την εφαρμογή ευθανασίας σε κάποιο δικό σας πρόσωπο; ΝΑΙ ΟΧΙ
- Θα πραγματοποιούσατε ευθανασία σε έναν ασθενή σας; ΝΑΙ ΙΣΩΣ ΟΧΙ Δεν ξέρω/ δεν απαντώ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΑΤΕΛΩΣ
(άρθρο 13 Ν.2579/98)

Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας
Τμήμα Νοσηλευτικής

Ηράκλειο, 12/2/2019

Πληροφ. : Ευαγγ. Γωνιανάκη-Χρονάκη
Τηλέφ. : 2810379538

Αρ. Πρωτ. : _____ 2392

ΠΡΟΣ:

Τσουκκαλά Ραφαέλλα

Ευθυμίου Αίμυλη

Θεοδωρίδου Πολίνα

Κοιν.: Επιβλέπων καθηγητής

Μαρκάκη Ελευθερία

ΘΕΜΑ: Ανάθεση εκπόνηση Πτυχιακής Εργασίας

Ανατίθεται κατόπιν πρότασης της Προέδρου του Τμήματος Νοσηλευτικής η εκπόνηση Πτυχιακής εργασίας, στους:

ΥΝ6736 Τσουκκαλά Ραφαέλλα

ΥΝ6742 Ευθυμίου Αίμυλη

ΥΝ6745 Θεοδωρίδου Πολίνα

με θέμα: «Στάσεις και αντιλήψεις των Ελλήνων φοιτητών Νοσηλευτικής απέναντι στην ευθανασία».

Ο εκπαιδευτικός που θα επιβλέπει την Πτυχιακή Εργασία ονομάζεται:Μαρκάκη Ελευθερία

Παρατηρήσεις:

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η υποβολή της Πτυχιακής Εργασίας πρέπει να γίνεται στις καθορισμένες από το Τμήμα ημ/νίες. Η παρουσίαση της Π.Ε θα γίνεται σε προφορική περίληψη & ΟΧΙ ανάγνωση. Η αίτηση για τη υποβολή της Π.Ε. πρέπει να συνοδεύεται από 1 αντίτυπο, 2 CD & από την απόφαση για ανάθεση εκπόνησης Π.Ε.

Η Πρόεδρος του Τμήματος



Ευριδίκη Πατελάρου
Αναπλ. Καθηγήτρια